

Våld i parförhållanden och vårdarens ansvar

En studie i vårdpersonals ansvar och färdigheter gällande
våld nära relationer

Elisabet Roos

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 2006
Identifikationsnummer:	7908
Författare:	Elisabet Roos
Arbetets namn:	Våld i parförhållanden och vårdarens ansvar. - En studie i vårdpersonals ansvar och färdigheter gällande våld i nära relationer
Handledare (Arcada):	Bettina Stenbock- Hult
Uppdragsgivare:	THL - Institutet för hälsa och välfärd
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete har behandlat ämnet våld i parförhållanden. Syftet med detta arbete var att ta reda på vilket ansvar vårdpersonal i Finland känner när det gäller att ta hand om våldsutsatta kvinnor. Frågeställningarna lyder: Hur ser vårdpersonal på sitt ansvar när det gäller att ta hand om våldsutsatta patienter?, Tillfrågas patienter om misshandel av vårdpersonal vid misstanke om detta?, Vilka är hindren för att man inte tar upp det?, Vilken tilläggsutbildning anser vårdaren sig behöva för att kunna ta emot våldsutsatta patienter och för att kunna vägleda dem på ett bra sätt?</p> <p>Tidigare forskningar har visat att vårdpersonal inte vågar gå in i denna problematik och det föreföll sig intressant för respondenten att ta reda på om detta stämmer.</p> <p>I detta examensarbete utfördes temaintervjuer med fyra informanter, två arbetade som sjukskötare på en poliklinik och två arbetade som hälsovårdare på rådgivning. Alla arbetade inom Helsingforsområdet.</p> <p>I resultatet framkom att vårdpersonal känner ett stort ansvar när det gäller att ta hand om våldsutsatta kvinnor och de frågar även kvinnorna om de blir utsatta för våld vid misstanke om detta. Informanterna kan inte direkt se några hinder till att inte fråga, men det är några som ändå framkommer, t.ex. att de känner sig rädda och osäkra inför konfronterandet. De flesta av informanterna har någon form av utbildning inom ämnet och anser att det visst skulle vara bra med mer föreläsningar om ämnet. Bara att man börjar uppmärksamma ämnet mer och diskuterar detta i t.ex. den egna arbetsgruppen skulle även det göra mycket.</p> <p>Denna studie hör till Arcadas Sårbarhetsprojekt. Det handleds av överlärare Bettina Stenbock- Hult och samarbetspartner inom detta projekt är utvecklingschef Helena Ewalds, THL - Institutet för hälsa och välfärd.</p>	
Nyckelord:	Våld i parförhållanden, ansvar, hinder, kunskap
Sidantal:	80
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing 2006
Identification number:	7908
Author:	Elisabet Roos
Title:	Violence in relationships and nurses responsibility. - A study in the responsibility and knowledge nurses have related to violence in relationships.
Supervisor (Arcada):	Bettina Stenbock- Hult
Commissioned by:	THL - The institute for health and well-being
<p>Abstract:</p> <p>This thesis has focused on the subject violence in relationships. The aim of this study was to find out what kind of responsibility nurses in Finland feel when it comes to care for abused women. The questions that was asked was: In what way does nurses look at their responsibility when it comes to taking care of abused patients?, Does nurses ask patients about abuse if they suspect that?, What is the reason for not bringing it up?, What kind of supplement education does nurses think they need to be able to take care of abused patients and to guide them in the right way?</p> <p>Earlier researches have shown that nurses don't have the courage to bring this subject up and that's why it's in the respondent's interest to find out if this is true.</p> <p>In this thesis interviews with four sources has been used, two worked as nurses in an emergency department and two worked as health carers. They are all working in the Helsinki-area.</p> <p>The results have shown that nurses feel a great responsibility when it comes to taking care of abused women and they also ask the women if they are being abused when they suspect that. They don't really see anything that would stand in the way not to ask, but some obstacles can still be seen in the study, for example they feel scared and unsure when it comes to asking the women about abuse. Most of the nurses have some kind of education about this subject and they think it would be good to get more lectures about it too. But it's also seen as a good thing just to bring the subject up and to discuss it for example in your own work-team.</p> <p>This study belongs to Arcadas Vulnerbility project. It's being led by Bettina Stenbock-Hult and co-worker within this project is Helena Ewalds, THL - The institute for health and well-being.</p>	
Keywords:	Violence in relationships, responsibility, obstacles, knowledge
Number of pages:	80
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

Förord	7
Forskningsprocessen	8
1 Inledning	9
2 Problemavgränsning	11
2.1 Avsikt, syfte och frågeställning	11
2.2. Centrala begrepp och avgränsningar	13
3 Bakgrund	13
4 Forskningsöversikt	16
4.1 Litteratursökning	16
4.2 Tidigare forskningar	18
4.2.1 <i>Screening av våldsutsatta kvinnor</i>	19
4.2.2 <i>Hinder för screening</i>	20
4.2.3 <i>Hur skall man screena?</i>	23
4.2.4 <i>Sjukskötares attityder gentemot våldsutsatta kvinnor</i>	25
4.3 Sammanfattning av artiklarnas innehåll	28
5 Teoretisk referensram	30
5.1 Kvinnomisshandel	30
5.2 Våldsförhållandets dynamik	33
5.2.1 <i>Makt och kontroll</i>	34
5.2.2 <i>Att lämna en våldsam parrelation</i>	35
5.3 Walkers teori om våld	36
5.4 Sammanfattning	38

5.5 Vårdrelationen	39
5.5.1 Den terapeutiska relationen	39
5.6 Den professionella vårdaren	40
5.6.1 <i>Ansvar</i>	40
5.6.2 <i>Kunskap</i>	41
5.6.3 <i>Empati</i>	43
5.6.4 <i>Viljan att hjälpa</i>	43
5.6.5 <i>Respekt</i>	44
5.6.6 <i>Sårbarhet</i>	45
5.7 Sammanfattning	46
6 Metod och sampel	46
6.1 Temaintervju	47
6.2 Innehållsanalys	49
7 Etiska reflektioner	51
8 Studiens genomförande	53
8.1 Sampel	53
8.2 Material	53
9 Resultatredovisning	54
9.1 Sjukskötarens uppgifter och skyldigheter	55
9.1.1 <i>Ansvar att fråga</i>	55
9.1.2 <i>Ansvar att finnas som stöd</i>	58
9.2 Brister i mötet med en våldsutsatt kvinna	59
9.2.1 <i>Rädsla och osäkerhet inför konfronterandet</i>	59
9.2.2 <i>Bristande empati</i>	60
9.2.3 <i>Risk för mer våld</i>	61
9.2.4 <i>Brister i tillit</i>	62

9.3 Kunskap och färdigheter	63
9.3.1 Tidigare kunskaper	64
9.3.2 Tilläggsutbildning	64
10 Tolkning	66
10.1 Tolkning mot tidigare forskningar	66
10.2 Tolkning mot den teoretiska referensramen	68
11 Kritisk granskning	71
12 Diskussion	72
Källor	
Bilagor	
BILAGA 1- Tidigare forskningar	
BILAGA 2- Temaguiden	
BILAGA 3- Informerat samtycke	
BILAGA 4- Sjukskötarens uppgifter och skyldigheter	
BILAGA 5- Brister i mötet med en våldsutsatt kvinna	
BILAGA 6- Kunskap och färdigheter	

FÖRORD

Det har varit en lång och krävande resa, men det har även varit roligt och intressant att få ta del av denna process. I början av denna resa var man full av förväntan och man kunde nästan inte vänta tills man skulle få börja gräva i detta ämne. Nu i slutet av resan känner jag att jag uppfyllt mina mål, men det har varit otroligt jobbigt samtidigt som det varit lärorikt. Förväntansfullheten har utbytt mot tvivel och ängslan av att inte bli färdig till att sluta i en otrolig känsla av lättnad och upprymdhet av att verkligen ha klarat av det och att ha nått sitt mål.

Jag skulle dock inte ha nått detta mål utan vägledning och hjälp från min handledare Bettina Stenbock- Hult. Hon har funnits där med goda råd och tankar när jag behövt det och samarbetet mellan oss har fungerat bra. Jag riktar mitt största tack till henne för all den hjälp som hon givit mig under resans gång, utan dig hade det aldrig gått!

Tack även till samarbetspartnern i detta projekt Helena Ewalds och även till Barbro Näse som hjälpte till med att finna informanter till detta arbete.

Sedan vill jag förstås tacka informanterna som ställt upp och låtit sig intervjuas och på så sätt bidragit till att detta arbete kunde slutföras. Utan dem skulle det inte finnas något resultat att arbeta med och jag är er mycket tacksam!

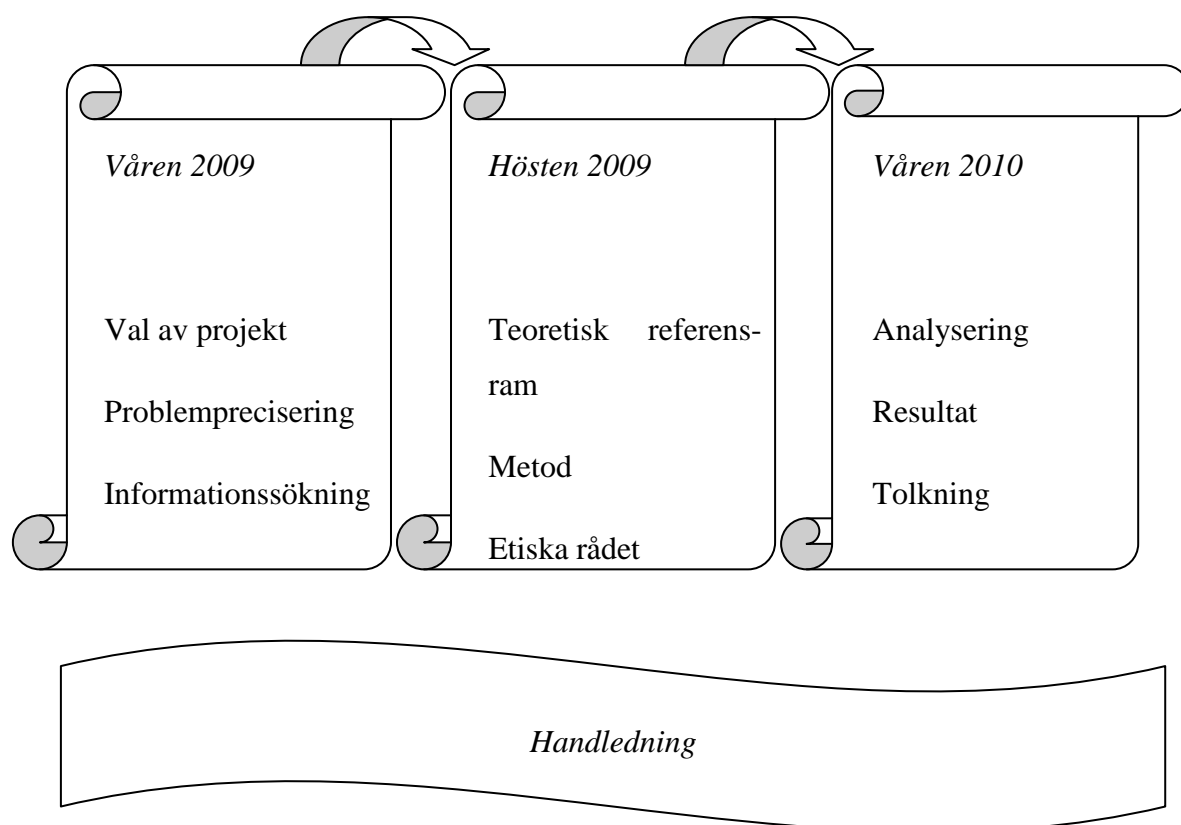
Jag vill slutligen rikta ett tack till alla mina nära och kära som stöttat mig genom denna process och funnits med mig hela vägen fram, TACK!

Elisabet Roos

21.4.2010

FORSKNINGSPROCESSEN

Under våren 2009 valdes ämnet som skulle ligga till grund för detta examensarbete, detta val hamnade på Våld i parförhållanden. Våren handlade om att samla in material till de tidigare forskningarna och till den teoretiska referensramen. Det bestämdes att det skulle utföras en empirisk studie med temaintervjuer som insamlingsmetod. Rubriken på ämnet vinklades och respondenten valde att inrikta sig på sjukskötarens ansvar när det gäller att fråga om våld i parförhållanden och även om vilka kunskaper som behövs för att kunna ta hand om dessa patienter på ett bra sätt. På Hösten 2009 skickades den förkortade idéplanen in till Etiska rådet där den godkändes. Efter detta utfördes intervjuerna som sedan transkriberades och analyserades. På våren 2010 utfördes analysen och resultatet började ta form.Handledning har erhållits under hela processen.



1 INLEDNING

Våld i parförhållanden klingar falskt och är ett ämne som länge varit tabubelagt, idag är det ett av våra största samhällsproblem. När våld sker på gatan, t.ex. mellan två överförfriskade män reagerar samhället på detta och tar till åtgärder för att våldet skall upphöra och polis tillkallas. När våld sker inom hemmets väggar, mellan man och kvinna, reagerar ingen. Dels för att det sker i ett hem som man själv inte vet någonting om och dels för att de flesta anser att det man gör inom hemmets väggar och inom sin egen relation bör stanna där och ingen utomstående bör lägga sig i för det är inte deras sak att bry sig. Vad är det egentligen för skillnad, våld som våld, eller?

Det svåra med våld i en parrelation är just det att det finns så mycket känslor involverade och kanske även barn. När våld sker på gatan mellan två män är det mer jämlikt, de har förmodligen gett sig in i det på lika villkor och de är båda män. De kanske blir skadade fysiskt och möjligen även psykiskt, men samhället reagerar, får slut på våldet och delar ut ett rimligt straff till de inblandade. När en man slår en kvinna blir hierarkin dem emellan klart tydlig, båda vet vem det är som bestämmer. Kvinnan är underdanig mannen. Mannen slår henne, sparkar henne och kallar henne för hora och ändå stannar hon. Hon stannar, hon ringer inte polisen och hon fortsätter att älska sin man. Ingen kan på det sättet veta vad det är som sker och ingen kan hjälpa. Därför är det så viktigt att all vårdpersonal, var man än arbetar, har kunskap om detta ämne och känner ett ansvar att ingripa vid misstanke om brott. Om en kvinna söker vård på en akutmottagning för att hon "ramlade i trappan", men skadorna inte stämmer överens med berättelsen, måste man som vårdare reagera!

Misshandel rapporteras vara den största orsaken till skador hos kvinnor och orsakar mer skada än cancer, bilolyckor, rån och våldtäkter tillsammans. Normer och lagar tillåter män att ha kontroll över kvinnors beteende. Maskulinitet är kopplat till dominans, heder och aggression och våld godkänns för att lösa en konflikt. Lagen som förbjöd våld i

hemmet kom så sent som år 1970 i Finland. I Sverige redan år 1864. (Häggbloom 2008: 18-19, 27)

Idag är detta ett ämne som börjar bli alltmer uppmärksammat och ett ämne som verkligen behöver uppmärksammas. Detta med tanke på dagens samhälle och allt som händer i relation till våld i nära parförhållanden. Skottlossningen i Sello krävde flera människors liv på grund av ett svartsjukedrama. Mannen dödade först sin ex-sambo, som han tidigare uppträtt hotfullt och våldsamt mot, för att sedan ge sig iväg till ett köpcenter för att skjuta ner flera av kvinnans arbetskollegor. Mannen sköt till sist även sig själv. Vart är dagens samhälle på väg? Hur många är det som faktiskt är kapabla att utföra något sådant och finns det möjlighet för oss att hjälpa dem och stoppa dem innan det är för sent? Hur skall vi få våldet att minska? Detta är alla svåra frågor som nog ingen kan svara på, men det kan vara bra för alla att fundera över detta.

Länsstyrelsen i södra Finlands län har genomfört ett myndighetssamarbete mot våld som resulterade i en blankett (Misshandels- och kroppskadeblanketterna, PAKE) som kallas ”Ingripa eller inte?”. Personer inom hälso- och sjukvården och inom polisen har utbildats i användningen av sådana blanketter. Ur denna mall kan man läsa hur man som vårdpersonal skall agera då man möter en patient som man tror blivit misshandlad. Det beskrivs hur man skall bemöta och intervjua patienterna, vad man skall registrera, om man skall fotografera osv. (Länsstyrelsen i södra Finlands län 2009)

Enligt denna blankett skall vårdaren respektera patienten och inse att detta faktiskt kan vara första gången som patienten berättar om sin situation för någon, ödmjukhet från vårdarens sida är av högsta prioritet. Vårdaren måste vara ärlig med patienten och berätta varför intervjun görs, att fråga direkt om patienten blir misshandlad är något man skall sträva efter. Patienten kommer inte till avdelningen för att bli skuldbelagd utan för att få hjälp, som vårdare skall man därför aldrig döma dessa patienter. Vårdaren skall bidra med information till patienten, om hur våldsrelationer ofta ser ut och att våldet ofta fortsätter. Man skall även uppmuntra patienten att söka hjälp och att anmäla föröva-

ren. Vårdaren skall kunna hänvisa till olika platser dit patienten kan vända sig för att få hjälp med sitt problem. (Länsstyrelsen i södra Finlands län 2009)

Social- och hälsovårdsministeriet har även utfört en manual för hur man som vårdare skall ta upp frågan om våld. Denna manual kan man som vårdare alltid ha i närheten vid möten med våldsutsatta patienter. (Social- och hälsovårdsministeriet, blankett)

2 PROBLEMAVGRÄNSNING

Våld i parrelationer är idag ett hälsoproblem. Många kvinnor utsätts för våld inom hemmets väggar och många är i stort behov av hjälp. Många kvinnor söker hjälp på akutvårdsmottagningar, men på grund av det höga tempot och på grund av att ämnet är så tabubelagt blir långt ifrån alla kvinnor uppmärksammade som våldsoffer. Att undersöka hur detta uppmärksammande av våldsoffer sker i Finland ligger i respondentens intresse.

2.1 Avsikt, syfte och frågeställning

Detta arbete har rubriken ”Våld i parförhållanden och vårdarens ansvar. En studie i vårdpersonals ansvar och färdigheter gällande våld i nära relationer.” Denna studie hör till Arcadas Sårbarhetsprojekt- sårbarhet som styrka och svaghet inom det mentala området, som inleddes vårterminen 2003. Detta examensarbete utgör en helt fristående del i projektet och har ingen tidsbegränsning utan blir färdigt då respondenten har

avslutat sina studier. Det handleds av överlärare Bettina Stenbock- Hult och samarbetspartner inom detta projekt är utvecklingschef Helena Ewalds.

Avsikten med denna studie är att fokusera på ansvaret som vårdpersonal har när det gäller att ta hand om våldsutsatta patienter. Som vårdare har man ett ansvar att inneha vissa färdigheter om ämnet och att kunna ta hand om våldsoffer på ett värdigt sätt.

Syftet med studien är att ta reda på vilka färdigheter vårdpersonal besitter gällande ämnet våld i parförhållanden och vad de eventuellt anser sig behöva för tilläggsutbildning för att kunna motta patienter som blir utsatt för våld i ett parförhållande på rätt sätt. Tidigare studier har visat att många vårdare inte vågar gå in i denna problematik. Många våldsoffer söker hjälp på t.ex. akutvårdsmottagningar, men får ofta inte den hjälp de behöver, de blir inte uppmärksammade som våldsoffer. I Finland har man gjort mycket för att upptäckandet av våldsoffer skall bli lättare för vårdpersonal, men utförs det verkligen? Studien syftar till att ta reda på vad det är för färdigheter som vårdpersonal anser sig behöva och hur situationen ser ut i Finland idag då det handlar om vården av misshandlade kvinnor. Resultatet skall verka för att hjälpa vårdpersonal att få bättre färdigheter när det gäller just våld i parrelationer.

Frågeställningarna lyder:

- Hur ser vårdpersonal på sitt ansvar när det gäller att ta hand om våldsutsatta patienter?
- Tillfrågas patienter om misshandel av vårdpersonal vid misstanke om detta?
- Vilka är hindren för att man inte tar upp det?
- Vilken tilläggsutbildning anser vårdaren sig behöva för att kunna ta emot våldsutsatta patienter och för att kunna vägleda dem på ett bra sätt?

2.2 Centrala begrepp och avgränsningar

Denna studie avgränsar sig till att behandla det fysiska och psykiska våldet i en heterosexuell parrelation och därmed utesluts alltså våld i homosexuella relationer och även det sexuella våldet. Eventuella barn i parrelationen kommer inte att beaktas. Med vårdpersonal menas alla de som arbetar inom vården, sjukskötare, närvårdare, läkare m.fl. Vårdpersonalens egna upplevelser av våld kommer inte att tas upp i denna studie. Screening är ett begrepp som används flitigt av respondenten och betyder att man undersöker en viss sak genom att fråga patienter rutinmässigt om ett visst ämne.

3 BAKGRUND

I Finland har det gjorts mycket för att försöka förebygga våld i par- och närrelationer. Två publikationer som finns på Social- och hälsovårdsministeriets hemsida har används till bakgrundsfakta. Den ena heter "Identifiera, trygga och agera" och handlar om rekommendationer om förebyggande av våld i parförhållanden och inom familjen. Här berättas det om hur viktigt det är att utbilda personal inom ämnet våld i parförhållanden så att de får kunskap om hur de skall kunna ingripa mot våld och kunna vara med och utveckla arbetet som görs inom detta område. (Social- och hälsovårdsministeriet 2008: 3)

I Finland ingår det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer i kommunens välfärdsstrategi och säkerhetsplaner och även i verksamhetsplaner för de social- och hälsovårdsorganisationer som har att göra med stora befolkningsgrupper. Det påpekas på flera ställen hur viktigt det är med ett multiprofessionellt arbete och att informationsutbytet

skall kunna ske effektivt. I Finland togs inte våld i närrelationer upp i samhällsdebatten förrän så sent som på 1990-talet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2008: 10-14)

Målet med dessa rekommendationer är att man lättare skall kunna identifiera familjer där våld förekommer och att detta tas på allvar samt att det åtgärdas så att våldet i hela landet kan minskas. Ett annat mål är att skapa rutiner och verksamhetssätt för social- och hälsovårdens organisationer, beslutsfattare och personal så att våldet i nära relationer kan minska. Kommunerna i landet skall samarbeta för att förebygga våld i parförhållanden. Det skall finnas professionell och organiserad hjälp att få för de utsatta i samhället inom social- och hälsovården. Resurserna skall sättas in tidigt och finnas till hands under en längre tid hos dem som drabbats av våld i nära relationer. (Social- och hälsovårdsministeriet 2008: 16)

Det är viktigt att vårdpersonal kan hantera situationer där en patient misstänks ha blivit utsatt för våld i en nära relation. De måste känna till tecknen för våld i parförhållanden och kunna ingripa och uppmuntra patienten till att söka vård och hjälp. Arbetsgivarna skall bekosta och ordna utbildning inom ämnet våld i nära relationer, det krävs att personalen har en form av specialkunskap för att kunna hantera dessa frågor. De patienter som akut söker hjälp efter att ha blivit utsatta för våld måste snabbt få krisvård. De tjänster som nu finns i samhället för att hjälpa personer som blivit utsatta för våld är utspridda och bristfälliga, detta leder till att våldsoffer och även förövaren inte får den hjälp de behöver. De utsatta har rätt att få hjälp på en gång och därför bör det finnas specialtjänster i samhället som har specialkunskap om just våld i nära relationer och som har kunskap om hur man tar hand om de utsatta personerna. Kommunerna och samkommunerna har till uppgift att följa upp och se till att målen nås och att åtgärderna verkligen tas i bruk. (Social- och hälsovårdsministeriet 2008: 21, 23-24, 31)

Den andra publikationen som använts heter ”Vem angår våldet” och detta är en handbok om förebyggandet av våld i par- och närrelationer. Här nämns något liknande saker som i den förra beskrivna publikationen, att det är viktigt att öka kunskapen om våld i nära

relationer så att myndigheterna lättare skall veta hur de skall handskas med problemet. Man menar att det är viktigt att man diskuterar och synliggör problemet så att det blir uppmärksammat, då blir det också lättare att förebygga våldet. Social- och hälsovårdsministeriet har gjort upp ett eget handlingsprogram för förebyggande av våld i nära relationer och syftet med detta är att öka tjänsterna i samhället för dem som blir utsatta för våld och de som utför våld. Samhället måste kunna ingripa i ett tidigt skede och kunna hjälpa de utsatta. (Ewalds 2005:1)

För att våld i nära relationer skall kunna förebyggas och för att de utsatta skall kunna få den hjälp som de är berättigade till krävs ett multiprofessionellt samarbete mellan myndigheter och organisationer. Detta samarbete måste vara organiserat och koordinerat. Arbetsgrupper på olika ställen i landet bildas och gör upp en plan för hur deras arbete skall se ut. De skall ha klara mål för hur de skall förebygga våld i nära relationer. Arbetsgruppen skall följa upp arbetet och utveckla målinriktad service, ordna med utbildning åt yrkespersonal, ta hand om informationen och bistå med experthjälp till de olika organisationerna. Personal saknar ofta kunskap om våld i nära relationer och vet inte hur de skall ta upp frågan med dem som är utsatta. Därför krävs utbildning för att förbättra bemötandet och identifieringen av våldsoffer, hjälp skall även erbjudas. I basservicen skall några saker ingå, man skall förstå våldsfenomenet och våldsspiralen, kunna fråga vid misstanke om våld, veta hur man skall handla i en situation där våld misstänks och kunna erbjuda hjälp osv. (Ewalds 2005: 7-8, 12)

Inrikesministeriet har publicerat ett material som heter "Ett säkert liv för alla - Program för den inre säkerheten". Finlands regering har tagit ett beslut om att förbättra den inre säkerheten i landet. Programmets syfte är att Finland år 2015 skall vara Europas säkraste land. För att nå detta mål ställer man upp vissa riktlinjer som skall följas. Många hinder för den inre säkerheten nämns i denna avhandling, våld tas även upp som ett hinder. (Holmlund 2008: 4-5)

Finland har en hög våldsbrottsnivå. Män blir i större utsträckning utsatta för våld vid jämförelse med kvinnor och männen är också oftast våldsförövare. Alkohol och våld går ofta hand i hand. Våld mot kvinnor som resulterat i att kvinnan avlidit förekommer mer i Finland än i de andra nordiska länderna och i de flesta västeuropeiska länderna. Det var mest kvinnor som omkom under åren 2004-2006 till följd av våld i en parrelation. 90 % av våldet i nära relationer är riktat mot kvinnor. (Holmlund 2008: 32)

Statsminister Matti Vanhanens första regering tog ett beslut i december 2006 om ett nationellt program för att våldet skulle minska. För att detta skall vara möjligt måste våldsoffer identifieras bättre än idag och tjänster skall vara lättillgängliga och det skall finnas mer resurser. Förebyggandet av våld skall effektiviseras och offrens behov skall tas i beaktande mer än idag. Kunskapen om hur man identifierar och hjälper våldsoffer skall öka och information skall samlas och koordineras bättre. Attityder kring våld skall ändras och alkoholkonsumtionen skall minskas. Målet är helt enkelt att våldet skall minska. (Holmlund 2008: 33)

Verksamheten med skyddshem och brottsofferjourer skall göras riksomfattande. En avgiftsfri telefonjour för alla offer skall öppnas och vara tillgänglig dygnet runt. Resurserna och koordineringen för att förebygga våld i nära relationer och familjevåld skall stärkas. Den finska polisen har uppgifter om att under 2007 har 18 548 uttryckningar gjorts relaterade till familjevåld. Etappmålet är att dessa siffror skall minska till färre än 20 000 uttryckningar år 2011. År 2015 är målet att dessa siffror skall vara färre än 18 000. (Holmlund 2008: 34-35)

4 FORSKNINGSOVERSIKT

Nedan skall litteratursökningen och de tidigare forskningarna redogöras för.

4.1 Litteratursökning

Det ämne som behandlas i detta arbete, våld i parförhållanden och vårdarens ansvar, behandlas i ett flertal vetenskapliga artiklar. Våld i parförhållanden är ett känt ämne och det börjar även bli allt mer vanligt och tillåtet att tala öppet om denna problematik, även inom vården.

Mycket forskning har utförts under 2000- talet som behandlar screening av våldsutsatta kvinnor. De flesta undersökningarna som använts har gjorts i USA, men artiklar som skrivits i England och på Åland har också nyttjats. De flesta artiklarna har behandlat samma ämne och även kommit fram till liknande resultat. Dock skiljer sig några forskningarna från varandra. Sammanlagt har 14 vetenskapliga artiklar lästs igenom och analyserats.

Via *Medline OVID* hittades tre artiklar som är skrivna mellan åren 2002- 2006. Artiklarna hittades genom att använda sig av sökordet "domestic violence" och genom att avgränsa sökningen till "full text". Sökningen resulterade i 479 träffar. De tre utvalda artiklarna handlade om screening av våldsoffer på ett eller annat sätt, fokus har dock lagts på olika punkter.

Sökmotorn *EBSCO- Academic Search Elite* har också använts för att söka vetenskapliga artiklar till forskningsbakgrunden. Här användes sökordet "domestic violence", denna sökning gav 778 träffar efter att avgränsningar utförts. Tre artiklar utvaldes. Avgränsningarna som användes var "Full text" och "Scholarly (Peer reviewed) Journals" och sedan söktes bara artiklar som var skrivna mellan åren 2000- 2009. Vid användning av sökorden "domestic violence" AND "screening" med samma avgränsningar som ovan blev resultatet 70 träffar och sex artiklar utvaldes. Artiklarna behandlade samma ämne och innehöll till en viss del liknande material som i de tidigare artiklarna som hittades genom *Medline OVID*.

Ur doktorsavhandlingen "Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland" har två artiklar används.

Alla artiklarna finns redogjorda för i en tabell som redovisas i Bilaga 1.

4.2 Tidigare forskning

Här kommer alla artiklar att redogöras för sig i en kortfattad sammanfattning. Först beskrivs innehållet i de utländska artiklarna och sedan de åländska.

4.2.1 Screening av våldsutsatta kvinnor

Ramsay et al. (2002: 325-326) skriver i sin artikel att många kvinnor som blir misshandlade ställer sig positiva till att bli utfrågade om våld i parförhållandet av vårdpersonal om de misstänker att allt inte står rätt till med kvinnan. Screening som utförs av vårdpersonal leder till att antalet våldsoffer som identifieras ökar. Vårdpersonalen ställde sig dock inte positiva till denna form av undersökning, detta mycket på grund av att man inte vet hur man skall gå vidare då man erhållit information om att patienten blir misshandlad.

En annan artikel som blivit analyserad handlade om våldsutsatta kvinnor från Mexico och hur de ställer sig till att bli screenade för våld av vårdpersonal. Sju kvinnor som antingen blev utsatta för våld i nuläget eller som hade blivit det tidigare i livet deltog i undersökningen. Kvinnorna svarade att de gärna öppnade sig för t.ex. en läkare och berättade om sin situation om läkaren var en sådan person som verkligen intresserade sig för kvinnan, frågade om hennes liv, lyssnade till henne och när det behövdes, hänvisade henne till olika ställen där den våldsutsatta kvinnan kunde få hjälp. (Belknap & Sayeed 2002: 723, 736) Kvinnor som blir misshandlade är villiga att berätta för vårdpersonal om sin situation. När kvinnor blir tillfrågade om våld svarar de sanningsenligt. Kvinnor som inte är villiga att berätta om sin situation är oftast sådana som nyligen blivit utsatta för våld. (Boyle & Jones 2006: 260)

Klap et al.(2007: 579, 583) skriver att vårdpersonal ofta anser att misshandel förekommer hos fattiga, unga, icke- vita patienter och fokuserar därför på denna grupp när de screenar patienter för misshandel inom parförhållandet, när egentligen alla kvinnor i alla olika samhällsgrupper faktiskt blir utsatta för våld. Många kvinnor blir dock inte utfrågade om misshandel till följd av en osäkerhet hos vårdpersonalen. De kvinnor som dock mest blev utsatta för våld i parförhållandet var sådana som var unga, ogifta, sambos, hade mentala problem eller drogproblem m.m. Det är viktigt att man screenar patienter

angående våld på olika hälsostationer eftersom detta är en plats som de flesta våldsutsatta patienter söker sig till.

4.2.2 Hinder för screening

Wenzel et al. (2004: 233-234, 237-239) påpekar i sin studie att våldsutsatta kvinnor oftare söker sig till läkare än de kvinnor som inte blir utsatta för våld. Det kan vara svårt för läkaren att förstå att patienten faktiskt blir utsatt för våld då kvinnan ofta söker vård för andra saker, som t.ex. ångest, depression, huvudvärk osv. Detta gör att man som läkare kanske inte alltid inser var problemet egentligen ligger. Många patienter vill bli tillfrågade om de utsätts för våld, men läkarna vågar inte gå in på ämnet. I denna studie var det läkarestuderanden och patienter som fick fylla i två olika enkäter. Läkarestuderanden fick svara på om de screenade patienter för våld och patienterna fick svara på om de blev utsatta för våld. Det kom fram att många läkarestuderande faktiskt inte screenade sina patienter rutinmässigt. Kvinnorna är som sagt villiga att tala om problemet med sina läkare, men läkarna känner osäkerhet inför detta. Detta kan dels bero på tidsbrist eller att man inte känner sig säker på hur man skall bemöta patienten med dessa frågor. I slutet skriver författaren att screening och olika ingripanden som utförs under kort tid i nuläget kan göra så att ett hälsoproblem som orsakar stora kostnader för samhället och som hela tiden ökar, blir uppmärksammat i framtiden.

Williamson et al (2004:1051) skriver i sin artikel, som handlar om läkares vanor att screena våldsoffer, att de inte screenar kvinnor för våld rutinmässigt. Läkarna anser själv att hindren för screening är att de inte har tid, att offren inte har förmåga att kommunicera, att det inte är deras ansvar, att det känns obehagligt och att de inte tror att det skulle göra någon skillnad. 49,9 % av de utfrågade läkarna fanns dock inga hinder till screening av våldsoffer. Det som skulle motivera läkarna att screena oftare var att de skulle få ha fler patienter som är våldsoffer och att öka det professionella kunnandet om våld i parförhållanden.

Läkare som arbetade på akutmottagningar, inom psykiatri, gynekologi och familjekliniker hade mest kunskap om våld i parförhållanden och visste vart offren skulle vända sig för att få hjälp. De screenade oftare sina patienter och kände sig bekväma i den situationen. Läkare som arbetade inom fysiologisk medicin/rehabilitering, anestesiology, kirurgi, inre medicin och ortopedi hade minst kunskaper om våld i parförhållanden och hade inte som vana att screena sina patienter eller var lika kompetenta att ta hand om våldsoffer. (Williamson et al 2004:1052)

Hamberger et al.(2004: 2, 10) menar att våld i parförhållanden kan leda till mentala störningar hos offret. Många våldsutsatta kvinnor får diagnosen Posttraumatiskt stress syndrom. Våldsutsatta kvinnor gör mycket fler besök till akutvårdsmottagningen än kvinnor som inte blir utsatta för misshandel. Denna information påpekar bara hur viktigt det är för vårdpersonal på en akutvårdsmottagning att faktiskt fråga om våld av patienterna. Eftersom de så ofta besöker mottagningen har vårdpersonalen en stor möjlighet att identifiera och hjälpa våldsutsatta patienter. Många ur vårdpersonalen frågar dock inte patienterna om detta och det kan bero på t.ex. en rädsla att de skall förödmjuka patienten, saknad av utbildning inom det specifika området som leder till att de inte kan bidra med den hjälp som patienten skulle behöva få och en känsla av att inte ha kontroll eftersom patienten kanske inte följer vårdpersonalens råd. Om vårdpersonalen fått utbildning inom ämnet och om de känner patienten sedan ett tidigare tillfälle utgör detta en större chans när det gäller upptäckandet av våldsoffren. Utbildning är viktigt och måste förekomma frekvent för dem som arbetar inom vården.

År 2006 utfördes en forskning som handlade om faktorer som utgör hinder när det gäller att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor inom vården. Hinder som togs upp var tidsbrist, för lite utbildning, rädsla att förödmjuka patienten, ingen kontroll över patienten och dennes beslut och även att man som vårdare identifierade sig med patienten väldigt starkt. Kvinnor och yngre läkare var de som främst screenade patienterna i jämförelse med äldre läkare. I studien fann man fyra olika hinder till screening för våldsutsatta kvinnor. Ett var sociala- och kulturella hinder som handlade om att de kvinnliga patienterna var rädda att öppna sig för sin läkare om att de blir utsatta för våld eftersom de var

rädda för hur de skulle reagera. Det ansågs även vara något privat som man inte bör tala om med andra. Hos vårdpersonalen kunde man se att vissa fördomar förekom då det gällde våldsutsatta kvinnor. Som vårdpersonal var man mer villig att ta hand om patienter som betedde sig på ett vänligt sätt, än dem som betedde sig som galningar och t.ex. luktade alkohol. (Tower 2006: 246-247)

Ett annat hinder utgjordes av personliga hinder. Detta handlade om vårdpersonalens egna tankar och fördomar även här. Många anser att det bara är kvinnor i de lägre samhällsklasserna som blir utsatta för våld och att detta inte t.ex. förekommer i homosexuella förhållanden. Har man som vårdpersonal själv blivit utsatt för våld någon gång i livet påverkar också detta bedömningen av patienter. Det tredje hindret kallade de för institutionella och lagliga hinder, detta handlade t.ex. om tidsbrist och oförmåga att kontrollera patientens beslut. Det fjärde och sista hindret utgjordes av professionella hinder. Detta handlade om den medicinska rollen inom våld i parförhållanden, vårdare- och patientrelationen och utbildning. Skadorna som uppkommer vid våld kan behandlas medicinskt. Missförstånd mellan läkaren och patienten har utgjort hinder för våldsscreening. Om läkaren inte tog sig tid för patienten, inte lyssnade och inte visade empati valde patienterna att inte berätta om deras upplevelser av våld för denne. Ju mindre utbildning vårdpersonalen innehar desto större är risken att man har svårigheter att identifiera och hjälpa patienter i nöd. (Tower 2006: 247-248)

En artikel beskrev en undersökning som utförts på en gynekologisk canceravdelning. Syftet med studien var att förbättra servicen för patienter med cancer som lever i ett våldsamt parförhållande. Hinder för att screena kvinnor för våld i parförhållandet undersöktes och även potentiella lösningar till hindren som uppstod. Många sjukskötare ansåg att det fanns många hinder för screening av våldsoffer. Det största hindret var helt enkelt att de glömde bort att screena eller dokumentera om detta. Lösningar på dessa problem var t.ex. att frågor angående våld i parförhållandet kunde tilläggas till intagnings- eller uppföljningsformulären och att påminnelser kunde skickas per e-mail till sjukskötare angående screening. Några av sjukskötarna ansåg att det var obehagligt att utföra screening angående våld i parförhållandet, de ansåg även att tillfällig, obligatorisk ut-

bildning angående våld i parförhållanden skulle öka säkerheten kring ämnet. Några sjukskötare ansåg också att det vore bra att ha olika affischer och informationsblad angående våld i parförhållanden på avdelningen för att uppmärksamma ämnet. Det fanns även hinder som inte hade några föreslagna lösningar. Dessa var tidsbegränsningar, att patienterna hade mer akuta besvär och svårigheter att få tala med patienten i enrum på grund av att familjen ofta följde med patienten till avdelningen. Efter denna undersökning blev gjord lade man till en fråga i intagnings- och uppföljningsblanketten: ”Do you feel unsafe or at risk of harm by anyone in your life?” Genom att ta med denna fråga ger det ett budskap till patienterna att vårdpersonalen anser att detta ämne är viktigt att ta upp. (Owen- Smith et al. 2008: 626-627, 629-630)

4.2.3 Hur skall man screena?

Nedan beskriver sjukskötare hur de anser att riktlinjerna för screening av våldsoffer borde se ut:

- Utveckla protokollet tillsammans med ett multiprofessionellt team, och om möjligt, tillsammans med personal som sysslar med våld i parförhållanden.
- Erbjud utbildning till dem som utför screeningen
- Diskutera under utbildningen hur de som överlevt våld i ett parförhållande ser på screening
- Sätt upp affischer och informationsblad i väntrummen och på kvinnliga toaletter
- Inkludera en fråga om våld i parförhållanden i patientens intagnings- och uppföljningsblankett.
- Erbjud påminnelser till personal som utför screening och dokumentation
- Lägg till ett utrymme för dokumentation om våld i parförhållanden på de blanketter som nu är i bruk eller i den nuvarande databasen så att det inte kommer på ett skilt papper

- Erbjud kontakter med olika verksamheter som erbjuder service för våldsutsatta kvinnor
- Förutse framtida förändringar på kliniken som kan påverka screeningen, t.ex. om nya blanketter tillkommer m.m. (Owen- Smith et al. 2008: 632)

Vid screening av kvinnor angående våld i parförhållanden innebär det att man frågar kvinnan om hon blir/blivit utsatt för våld någon gång under sin livstid av sin partner eller ex-partner. Även fast vårdpersonal rutinmässigt tar upp känsliga ämnen med patienter som t.ex. sexuella vanor och alkoholvanor anses misshandel i parförhållandet vara tabubelagt och det har bara nyligen blivit accepterat som ett hälsoproblem i dagens samhälle. Författaren skriver att vårdpersonalen ställer sig mer positiva till att screena patienter för misshandel om man på avdelningen där man arbetar har klara riktlinjer för hur man skall bete sig vid denna typ av screening. Det måste även finnas riktlinjer för hur man som vårdare skall bete sig när man skall hjälpa patienten och vilka ingripanden som bör göras. Viktigt är också att broschyrer och affischer som behandlar våld och misshandel finns på arbetsplatsen för alla att se. Vårdpersonalen skulle också vara mer öppna för att screena patienter för misshandel om de hade mer utbildning om ämnet, och de anser att misshandel är ett viktigt hälsoproblem som bör uppmärksammas och de tycker att screening är ett bra sätt att arbeta på. Om organisationen som man arbetar på ställer sig mer positiv till att screena patienter angående våld leder detta till att vårdpersonalen också mycket hellre utför screeningen. (Allen et al: 2007: 105-107, 115)

Hur vårdpersonalen bemöter våldsutsatta patienter är av stor vikt. I artikeln ”You’re not a victim of domestic violence, are you?” behandlas detta. Ett bra sätt att bemöta patienter på är att låta patienten få tid att berätta om sina upplevelser, lyssna på patienten och försäkra sig om att patienten inte är i någon fara i nuläget och även att koppla in socialarbetare för att bidra med hjälp från annat håll. När man screenar våldsutsatta patienter skall man börja med att säga att detta är frågor som de ställer till alla som besöker akutvårdsmottagningen och sedan fortsätta med att fråga rätt ut om patienten blir utsatt för misshandel i sitt parförhållande. (Rhodes et al: 2007: 624, 626)

Olive (2007: 1736, 1742, 1745-1746) skriver i sin artikel att det är bra att screena våldsutsatta kvinnor genom enkla, direkta frågor i en trygg miljö. Misshandlade kvinnor som inte blir uppmärksammade på en akutvårdsmottagning uppfattar detta som något negativt. Kvinnorna vill att deras behov och att deras barns behov skall identifieras. När man uppmärksammat ett våldsoffer på en akutvårdsmottagning skall man som vårdare bidra med fysiskt, psykiskt och känslomässigt stöd, vårdaren skall se till att patienten och dennes familj är säkra och de skall även förebygga själv- effektivitet. Kvinnor som besökte akutvårdsmottagningar fann att vårdpersonalen inte brydde sig om patienten, de var kontrollerande och stressade, fokuserade bara på att behandla patientens fysiska problem och de saknade empati. Kvinnorna kände sig ensamma, rädda, obekväma, arga och frustrerade och var oroliga för deras barn. Vårdpersonalen har en viktig roll då det gäller att ingripa hos patienter som blir utsatta för misshandel. Utöver fysisk behandling skall vårdpersonalen bidra med stöd och hjälp till patienten, de skall lyssna och visa empati och förstå och respektera patientens beslut. Vårdpersonalen bör ge patienten information om organisationer och platser dit de kan vända sig för att få hjälp. Om man inte rutinmässigt frågar patienter om de blir utsatta för våld så minskar identifieringen av dessa patienter. Om man har riktlinjer angående våld i parförhållanden, påminnelser i medicinjournalerna och utbildning inom ämnet för vårdpersonalen ökar screeningen och upptäckandet av våldsutsatta patienter.

4.2.4 Sjukskötares attityder gentemot våldsutsatta kvinnor

Anette Häggblom har varit med och skrivit två artiklar relaterat till kvinnomisshandel och hur sjukskötarna på Åland har förmåga att ta hand om dem. I en artikel delades 60 enkätformulär ut till sjukskötare som arbetade inom Ålands hälso- och sjukvård. 96 % av dem var kvinnor och 57 % av dem svarade på enkäterna. Enkäterna innehöll frågor som behandlade sjukskötarnas kunskap och praktiska träning angående våld mot kvinnor. I studien framkom att tidig identifiering av kvinnorna är av stor betydelse och kan minska conse-

kvenserna och till och med få våldet att upphöra. Rekommendationen är att screena alla kvinnor för våld, detta har dock diskuterats. (Hägglom et al 2005: 234-236)

Cirka 70 % av sjuksköterna träffade misshandlade kvinnor fem gånger per år, 23 % hade aldrig träffat någon misshandlad kvinna även fast 10 % av dem arbetade inom akutvården, primärvården och mentalvården där misshandlade kvinnor ofta söker hjälp. Många sjukskötare frågade kvinnor om misshandel vid misstanke om detta. Orsaker till varför sjukskötare inte valde att fråga patienter även om de misstänkte misshandel var respekten för kvinnans integritet, svårigheter att formulera frågan, oerfarenhet inom ämnet våld i parförhållanden och svårigheter att veta hur man frågar om detta, rädsla för vad kvinnan skulle svara, ingen tid och för att de ansåg att det var ett irrelevant ämne. Hur allvarliga skadorna var hos kvinnorna spelade en stor roll vare sig sjukskötaren valde att fråga om kvinnan blev utsatt för misshandel eller inte. De flesta sjuksköterna uppmuntrade kvinnan att polisanmäla förövaren. (Hägglom et al 2005: 238)

Under år 2000 gjorde man inom hälsovårdsorganisationen på Åland en manual som innehöll rutiner och riktlinjer för vården av en misshandlad kvinna och deras barn. Bara 36 % av sjuksköterna visste att en sådan existerade. Bara 39 % av sjuksköterna följde upp kvinnorna genom att ringa till dem, boka ett nytt besök med dem eller gjorde hembesök. Endast 22 % av sjuksköterna hade fått information om kvinnomisshandel under studietiden. 83 % av sjuksköterna välkomnade mer utbildning inom ämnet, de tyckte speciellt att vissa faktorer var viktigare än andra att kunna. Detta var mottagandet av kvinnan, samhällets stöd och resurser, psykologiska effekter, orsaker till våld mot kvinnor, lagliga aspekter av våld och hur man skriver ett lagligt intyg. Många sjukskötare trodde att våld mot kvinnor berodde på alkohol och droger och på grund av kvinnans hjälplösa beteende. En del trodde även att om kvinnan tyckte att misshandeln var fel skulle hon lämna mannen. Bara 22 % av sjuksköterna samarbetade i ett team med andra organisationer. (Hägglom et al 2005:238-239)

Sjukskötare som fått utbildning inom ämnet våld i parförhållanden förstod offrets svårigheter när det gällde att lämna mannen, jämfört med dem som inte hade någon utbildning. Det är viktigt att vårdpersonal får utbildning inom detta ämne så att de kan uppmärksamma tecken på misshandel, veta hur de ska fråga kvinnan om våld, hur de skall ge råd, hur de dokumenterar och hur de skall följa upp fall av misshandlade kvinnor. Många fall av kvinnomisshandel förblir oupptäckta av sjukskötarna. Administratörerna inom hälsovården måste visa sitt intresse för ämnet och stödja sjukskötarnas försök att avlägsna hindren som stoppar dem att ge patienterna en god vård. Administratörerna måste känna ett ansvar att utvärdera och påminna om manualerna som gjorts. (Häggblom et al 2005: 240-241)

I den andra artikeln har 10 sjukskötare som arbetar inom hälsovården på olika avdelningar på Åland intervjuats. I denna artikel framkom att sjukskötarna kände ett stort engagemang när det gällde att ta hand om våldsutsatta kvinnor. Sjukskötarna visade att de var kompetenta och professionella i rollen som en av de viktigaste personerna som tog hand om och hjälpte misshandlade kvinnor. Sjukskötarna kunde ofta gå på intuition när de samtalade med patienten, om skadorna på kvinnan inte stämde överens med deras egen berättelse, frågade sjukskötarna om de blivit misshandlade. Sjukskötarna tyckte att det var viktigt att de vid ett första möte med patienten visade beundran och bekräftade kvinnan och att de utgav sig för att vara förstående och känsliga inför situationen. De uppmuntrade och försäkrade kvinnorna om att de lyssnade på och respekterade dem. (Häggblom & Möller 2006: 1079-1080)

Sjukskötarna upplevde även frustration, ångest och psykisk stress vid omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. De var arga på läkare som inte brydde sig och att inget oftast hände med förövaren. De tyckte inte heller att socialarbetarna tog tag i saker som de borde. Sjukskötarna saknade även stöd från auktoriteter och detta skapade stress. När sjukskötarna intervjuade patienterna använde de sina teoretiska kunskaper, det viktiga var att kvinnorna blev intervjuade i en säker och privat miljö. Sjukskötarna gav kvinnorna information om deras lagliga rättigheter, den sociala service som finns och skyddshem för kvinnor och barn. De uppmuntrade även kvinnan att lämna mannen.

Sjukskötarna ansåg sig vara de viktigaste i kedjan då det gällde att hjälpa misshandlade kvinnor. De är dem som träffar dem först och tar hand om dem. (Häggbloom & Möller 2006: 1081-1084)

De intervjuade sjukskötarna ansåg att en beslutsam och professionell sjukskötare borde vara flexibel, ärlig, empatisk, skicklig, stödjande, påhittig och fungera som en länk mellan andra vårdgivare. Nästan inga av dem som deltog i studien hade grundutbildning gällande våld i parförhållanden. Några hade utbildning i t.ex. trauma- och kristerapi och om incest. De sjukskötare som dock hade utbildning kände sig säkrare och kunde förutspå vad deras ingripanden skulle leda till. En sjukskötare menade att kunskap inte räcker till utan att de först och främst måste övervinna sin egen rädsla inför ämnet. (Häggbloom & Möller 2006: 1084-1085)

Sjukskötarna på Åland var med i ett team som bestod av poliser, socialservice och personal från skyddshem. De kände att de fick stöd av kollegorna i teamet, de fick ta emot styrka och uppmuntran från varandra. Sjukskötarna blev arga på kollegor som inte kunde identifiera våldsoffer, de trodde att det kunde bero på oerfarenhet och för lite tid. Andra problem som orsakade frustration hos sjukskötarna var läkarnas ovillighet att ingripa, polisernas kränkande attityd gentemot kvinnor, socialarbetarnas okunskap, kollegors svaga respons när de delade kunskap med varandra och de få sängar som fanns tillgängliga på skyddshem för kvinnor. Kunskap ansågs vara av högsta prioritet när det gällde att förstå ämnet våld i parförhållanden. (Häggbloom & Möller 2006: 1084-1086)

4.3 Sammanfattning av artiklarnas innehåll

Även om författarna fokuserat på olika saker och utgått från olika synvinklar när de utfört sin forskning, behandlas samma ämne i de flesta artiklarna. Resultatet som fram-

kommer i stort sätt i alla artiklar är att vårdpersonal känner osäkerhet inför ämnet ”våld i parförhållanden” alternativt ”våld i familjen” och har inte tillräckligt med kunskap om hur de skall bete sig för att ta reda på om patienten blir utsatt för våld och inte heller hur de skall gå tillväga om och när de uppmärksammar ett våldsoffer. Många inom vården är rädda att de skall gå in för mycket i patients privatliv och på så sätt kränka personen, andra anser sig inte ha tid, många patienter har även med sig sin make i undersökningsrummet som självklart försvårar situationen. Forskarna kommer ändå fram till den slutsatsen att screening behövs, men att det behövs mer kunskap och utbildning inom ämnet innan det kommer att fungera på ett tillfredsställande sätt. Patienterna ställer sig ofta positiva till att bli utfrågade av personal angående våld i parrelationen, men vårdarna känner sig för osäkra på ämnet.

De utländska artiklarna och artiklarna från Åland innehåller mycket liknande information även om det handlar om helt olika länder. I Finland behövs även mer kunskap inom ämnet våld i parförhållanden för att man på bästa sätt ska kunna vårda misshandlade kvinnor.

Efter att alla artiklar genomlästs framkommer några grundläggande teman som beskriver hindren för screening på ett bra sätt. Dessa är: *okunskap*, *osäkerhet* kring ämnet, *tidsbrist* och en *rädsla för att såra och förödmjuka* patienten. Sjukskötarens *ansvar* löper genom alla dessa artiklar som en röd tråd. Ansvar hänger t.ex. ihop med kunskap, när sjukskötarna känner att de inte har nog med kunskap att ta hand om ett våldsoffer väljer de kanske att inte hjälpa den patienten, trots att det är deras ansvar. Dessa teman kommer att vara grundstenarna i den teoretiska referensramen.

5 TEORETISK REFERENSRAM

Under denna rubrik kommer själva teorin som skall användas i denna studie redogöras för. Denna teori skall följa med i hela arbetsprocessen som en röd tråd. Först kommer en beskrivning av kvinnomisshandel och våldrelationens dynamik göras. Efter detta kommer ett antal faktorer som uppmärksammades i de tidigare gjorda forskningarna redogöras för utgående från vårdarens perspektiv. Dessa är: Ansvar, Kunskap, Empati, Viljan att hjälpa, Respekt och Sårbarhet.

5.1 Kvinnomisshandel- definition och förekomst

Kvinnomisshandel blev olagligt i Finland så sent som år 1995, i Sverige skedde detta 1982. (Lahti 2001: 238) I Finland blir en kvinna misshandlad av sin man eller sambo var sjätte minut och varannan vecka dör en kvinna i Finland till följd av våld i parförhållandet. (Perttu et al 1999: 11) Varje år blir cirka 30 finska kvinnor dödade av sina nuvarande eller ex- partners. Trots att Finland är ett någorlunda jämställt land är förekomsten av mäns våld mot kvinnor lika hög som i andra västländer. (Lahti 2001: 9)

Finland är ett land som är förknippat med stor alkoholkonsumtion bland invånarna. Drickande beskrivs som något maskulint, finnarna dricker mycket och blir då ofta våldsamma. När mannen är onykter kan han tala om sådant som han inte vågat prata om vid nyktert tillstånd. På grund av att finländare dricker mycket och att detta leder till våldsamhet anses Finland vara en våldsam nation i förhållande till andra länder. (Lahti 2001: 95-96)

På WHO:s hemsida kan läsas att 73 000 människor dör per år orsakat av interpersonellt våld inom WHO:s europeiska region. Alkohol är inblandat i 40 % av fallen. (WHO 2009) WHO kan även påvisa att en tredjedel av alla världens kvinnor någon gång i livet, eller flera gånger, utsatts för våld eller våldtäkt. I hälften av de fall där kvinnor blir mördade är ofta partnern gärningsmannen. I Sverige år 2007 anmäldes 26 857 fall av misshandel mot kvinnor, i 19 597 av fallen var gärningsmannen bekant med offret. Anmälningarna om misshandel har ökat i Sverige, detta kan delvis bero på en ökad vilja att anmäla, men kan även tyda på att misshandeln ökat. (NCK 2009)

FN (1993) definierar våld mot kvinnor som:

"Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet." (NCK 2009)

WHO menar att våld mot kvinnor utgör ett stort hälsoproblem och det bryter mot de mänskliga rättigheterna. Vidare står det på deras hemsida att våld mot kvinnor ofta förekommer i de lägre klasserna hos de människor som har låg social status, ofta förekommer våldet i en nära relation och kvinnan anmäler sällan sin partner. Det finns många olika sorters våld som kvinnor kan utsättas för: fysiskt, psykiskt, sexuellt och känslomässigt våld, våld på arbetsplatsen (kan vara hot, trakasserier osv.), hedersmord m.m. (WHO 2009)

Våldet kan innefatta både fysiska, psykiska och sexuella faktorer. Det fysiska våldet utgörs av slag, sparkar, örfilar och mycket annat som orsakar stor skada hos kvinnan. Det psykiska våldet handlar mer om trakasserier, hot och användning av andra för att trycka ned kvinnan, t.ex. barnen. (Perttu et al:1999)

Våldet för med sig många negativa konsekvenser såsom fysiska och psykiska skador hos offret, de kan få besvär i underlivet och insjukna i olika depressioner. I vissa fall kan våldet till och med leda till döden, detta då det gäller just hedersmord. Våld mot kvinnor kostar samhället mycket pengar, det leder till skador hos kvinnorna som gör att de inte kan jobba, väcker en rädsla hos kvinnan som gör att hon måste isolera sig från omvärlden och på sätt förlorar den sociala kontakten och det leder även till att kvinnan mår så dåligt att hon har svårt att ta hand om sig själv och eventuella barn. (WHO 2009)

Det finns många riskfaktorer när det gäller utsatthet för våld och utförandet av våld. De som lätt utsätts för våld är, som tidigare nämnts, de som är av lägre social status, ung ålder, de som upplevt våld tidigare i livet och när det gäller våld i parförhållanden och val av partner. När det gäller förövaren hör alkohol och droganvändning till en av riskfaktorerna. Låg utbildningsnivå, negativa attityder gentemot kvinnor och en våldsam uppväxt är också faktorer som spelar in och ökar risken för ett våldsamt beteende. Inom familjer ökar risken för våld om parterna bråkar mycket, vid ekonomiska problem och om mannen är mycket dominerande. (WHO 2009)

Det är fortfarande mycket som måste göras för att våldet mot kvinnor ska minska. WHO menar att människor måste bli informerade om hur våldet ser ut och få bevisat för sig själv att det är vanligt och faktiskt förekommer överallt. Detta är viktigt för att man skall kunna förstå problemet i sig. Utbildning för de som arbetar inom hälsovården är viktigt för att kunna ta hand om alla dem som blir drabbade av våld, de måste veta hur de skall ta hand om och kunna hjälpa våldsoffren på rätt sätt. Att sprida kunskap om kvinno- misshandel till olika länder är viktigt dels för att öka kunskapen om våldet och för att förespråka och stärka de kvinnliga rättigheterna. (WHO 2009)

5.2 Våldsförhållandets dynamik

Parrelationen är kanske den viktigaste relationen i en människas liv. Jämlikhet utgör en stor stomme i ett sunt förhållande. Ett sunt förhållande är uppbyggt av respekt, tillit, delat ansvar, icke-hotfullt beteende, ärlighet, föräldraskap, gemensam ekonomi och goda diskussioner. Man skall respektera sin partner och inte tala nedlåtande till varandra. Att ha ett gemensamt ansvar över olika saker som har med familjen att göra spelar en stor roll, man fattar beslut tillsammans och diskuterar sig fram till olika lösningar. (Perttu et al 1999: 7)

I ett parförhållande där våld förekommer är dessa grundstenar direkt förändrade. Här förekommer fysiskt, psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld, hotelser, maktutövning, isolering och användning av barnen som medel i våldet. Kvinnan behandlas som mindre värd än mannen, hon får hela tiden lyssna till nedlåtande kommentarer och hot. Mannen hotar med att döda henne och barnen om de lämnar honom, hotar anmäla henne till myndigheterna för att hon är en oduglig mor. Han betar sig som om han är herre i huset och behandlar kvinnan som en betjänt. Mannen spelar hela tiden ett psykologiskt spel där han pendlar från att vara våldsam till att helt plötsligt bli snäll och omtänksam igen. Våld i ett parförhållande kan drabba vem som helst, det spelar ingen roll om du är rik, fattig, mörkhyad, vit, utbildad eller outbildad. (Perttu et al 1999: 10- 11) Det är ofta kvinnan som är offret och mannen som är våldsutövaren. (Lahti 2001: 32)

Den finska kvinnan uppfattar sig själv som stark, detta gör det allt svårare för misshandlade kvinnor att uttrycka lidande och smärta. De finska kvinnorna förväntas vara starka och därför kan kvinnan förneka allvaret som den fysiska misshandeln för med sig. Vissa kvinnor stannar kvar hos sina våldsamma män på grund av att de anser att det var de själva som valt att gifta sig med en våldsam man och då är det deras plikt att bära den bördan. (Lahti 2001: 73-74, 81)

5.2.1 Makt och Kontroll

Våld i ett parförhållande innebär att mannen försöker få kontroll över kvinnan genom att utöva fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. Detta syftar till att skapa rädsla hos kvinnan som leder till att mannen får makt över henne. Mannen kan hota, förolämpa och slå kvinnan för att uppnå sitt mål. Kvinnan är konstant rädd och lever med skam- och skuldkänslor. Det är psykiskt påfrestande att leva i en våldsam relation, speciellt eftersom mannen vid vissa tillfällen kan visa kärlek och ömhet. (Perttu et al 1999: 8, 13)

När man under historien studerat ämnet våld har det framkommit att mannens ägande av kvinnan är orsaken till sexuell svartsjuka och fysiskt våld. Med kroppsligt och verbalt beteende försöker mannen få kvinnan att lyda hans regler, order och idéer om lämpligt beteende. På detta sätt utövar mannen makt över kvinnan. (Lahti 2001: 183)

Att förolämpa kvinnan är en form av maktutövning där mannen försöker kontrollera och sära kvinnan. Många kvinnor som levt med våldsamma män har berättat att deras män förolämpat dem och tryckt ned dem med sårande ord. Många kvinnor blir t.ex. kallade för horor och de har blivit förolämpade när det gäller hushållsarbetet och omhändertagandet av barnen. Kvinnor som konstant blir förolämpade av sin partner försöker att tillfredställa sin man på alla sätt genom att t.ex. förbättra städningen i hemmet, laga bättre och godare mat och klä sig sexigare. De kvinnor som levt i en våldsam relation under en längre tid får även höra mer förolämpningar. Detta eftersom de förlorar krafter att ta hand om både hem, barn och sig själv. Det som kanske mest sårar kvinnan är att förolämpningarna kommer från den som hon tycker mest om, den som vet om alla hennes svagheter och misstag. Förolämpningarna syftar till att visa hur kvinnan misslyckats att leva upp till samhällets ideal. (Lahti 2001: 190-193)

Hemmet blir till sist ett fängelse, en bur eller en fälla som bara är uppbyggt på disciplin. När mannen lyckats isolera kvinnan från socialt umgänge, det vill säga vänner och

släktingar, börjar mannen ta till allt allvarligare disciplinära åtgärder. Förolämpande och hotande beteende är typiskt när våldet är allvarligt. Målet är att få kvinnan att förstå att hon är underlägsen mannen och att hon inte har någon kontroll över sitt eget liv. Med våld visar mannen att det är kvinnan som förstört förhållandet genom att hon betett sig omoraliskt och måste därför straffas. Kontroll kan utgöras av att mannen skriker, tjatar, tar stryptag eller slår kvinnan. Män försvarar våldet genom att säga att kvinnan irriterade dem genom att tjata eller på något annat sätt betedde sig så att det upprörde dem. (Lahti 2001: 194-195, 197)

När våldet pågått en längre tid kan det hända att den misshandlade kvinnan börjar att objektifiera sin kropp, detta leder till att det känns som att det som sker händer någon annan. Kvinnan distanserar sig på detta sätt från sin kropp och det är då lättare att stänga ute de

smärtsamma och svåra tankar som uppkommer när man blir utsatt för misshandel. (Lahti 2001: 211-212)

5.2.2. Att lämna en våldsam parrelation

Många kvinnor kan efter flera månader eller år av misshandel få ett så kallat ”wake-up-call” som innebär att de inser vad de går och har gått igenom och hur illa de faktiskt blir behandlade. Det kan t.ex. hända om de läser en artikel som handlar om någon som blivit utsatt för något liknande som dem själva. Detta kan vara en vändpunkt som gör att kvinnan väljer att lämna mannen. Detta är dock inte en lätt eller snabb process. Ofta planerar kvinnan flytten i tystnad på grund av rädsla inför mannen. Det är svårt för kvinnan att flytta, inte för det att hon fortfarande skulle älska sin man, men för att hon måste lämna sitt hem där alla minnen och ägodelar finns. (Lahti 2001: 247-249)

Ofta går inte mannen med på skilsmässa och om en kvinna planerar att skilja sig från förövaren svävar hon och hennes barn i livsfara. Det är under skilsmässoperioden som de flesta kvinnor blir mördade av sina män. Kvinnan väljer inte att stanna i förhållandet för att hon älskar mannen, utan för att hon är rädd för konsekvenserna om hon flyr. (Perttu et al 1999: 13)

Män som utövar våld mot kvinnor är väldigt beroende av sin partner. De anser sig vara ägaren av henne och ser henne som ett objekt, någon respekt finns inte. Mannen är rädd att förlora kvinnan och omvandlar beroendet till en våldsutövning mot henne. Detta leder dock inte till att kvinnan vill stanna kvar i förhållandet, tvärt om. Då försöker mannen att få det att se ut som att det är kvinnan som är beroende av honom och att hon inte skulle klara sig utan honom. (Perttu et al 1999: 16)

Om kvinnan berättar för mannen om sin planerade flytt kan han ofta hota med självmord. Mannen är som sagt väldigt beroende av kvinnan och hans liv kan inte fortsätta utan henne. Mannen försöker att leva upp till olika ideal, som att han skall vara heterosexuell, han skall inte slå sin kvinna, hans skall vara en bra far och sexuellt aktiv. Ett av de viktigaste idealen som mannen försöker leva upp till är att ha ett förhållande till en kvinna. Även efter att kvinnan lämnat mannen och hon lever ensam försöker mannen att få kontroll igen genom att förfölja, ringa och hota dem, speciellt i onyktert tillstånd. (Lahti 2001: 251-252, 256)

5.3 Walkers teori om våld

Lenore E. A. Walker är en amerikansk psykolog som forskat mycket kring kvinnomiss-handel. Under alla år som Walker forskat kring detta ämne har hon kommit fram till att våldförhållandet är uppbyggd på tre faser. Den första fasen handlar om spänning som

byggs upp i parförhållandet, den andra fasen handlar om den akuta misshandeln och den tredje fasen utgörs av en kärleks- och ångerfull fas.

I den första fasen byggs spänning upp mellan parterna, detta görs genom att mannen beter sig på ett elakt sätt gentemot kvinnan. I denna fas kan fysisk misshandel också förekomma. Våldsutövaren visar att han är missnöjd med kvinnan och beter sig hotfullt, men inte på ett extremt sätt. Kvinnan försöker under denna fas att försonas med mannen och utför saker som hon tror skall få mannen att bli på bättre humör, få honom att lugna ned sig eller åtminstone inte bli mer aggressiv. Kvinnan försöker med olika tekniker att få mannen att lugna ned sig och att sluta med sitt ondskefulla beteende. Detta kan fungera ett tag och detta gör att kvinnan får en orealistisk syn på hennes egen kontroll över mannen. Spänningen ökar allt mer och kvinnan blir mer rädd för den kommande faran som är på väg att ta form, efter ett tag orkar inte kvinnan kontrollera mannens ilska beteende längre. Utmattad från den konstanta stressen drar kvinnan sig undan från mannen, rädd för att hon oavsiktligt skall orsaka en explosion. Mannen börjar röra sig alltmer förtryckande emot henne och han observerar hennes undandragande. Spänningen mellan dem blir ohälsosam. (Walker 2000:126)

Den andra fasen är oundviklig. I vissa fall kan kvinnan förutse misshandeln så att hon kan bestämma var och när det sker. Detta gör att hon i alla fall har kontroll över vilka skador och smärtor som våldet kan ge och därigenom kan hon försöka att minimera dem. Med tiden lär sig kvinnan att förutse denna punkt i cykeln, då finns det inte möjlighet att fly längre, om inte mannen ger tillåtelse till detta. Här släpps spänningen som byggts upp i fas ett lös på ett okontrollerbart sätt. Våldsutövaren släpper ut verbal och fysisk aggression som kan leda till att kvinnan blir svårt skadad. Kvinnan gör allt för att skydda sig genom att t.ex. täcka över ansiktet med händerna för att skydda sig mot slagen. Skador hos kvinnan uppkommer oftast i fas två. Detta är även fasen då polisen blir inkopplad, om de ens blir uppringda. Den andra fasen avslutas då våldsutövaren slutar att slå kvinnan. (Walker 2000: 126-127)

I den tredje fasen kan det hända att mannen ber kvinnan om förlåtelse, försöker hjälpa sitt offer, visar ömhet och ånger och översköljer henne med presenter och löften. Mannen kan själv under denna period tro att han aldrig mer kommer att tillåta sig att bete sig våldsamt. Kvinnan vill tro på mannen, i alla fall under en tidig period av förhållandet, detta kan inge nytt hopp hos kvinnan om att mannen kan förändras. Hon ser de positiva sakerna i mannen, de som hon föll för från allra första början. Detta gör att hon väljer att stanna i förhållandet. Denna fas kan vara utan spänning, våld och även utan kärleksförklaringar och ånger- trots detta väljer kvinnan ändå att stanna. (Walker 2000: 127)

Kvinnan har svårt att se det våldsamma mönstret och förstå våldscykeln. Kvinnan tror att den ”verkliga” mannen är han som uppenbarar sig i fas tre, mannen som betar sig som när de var nyförälskade i varandra. De tror att det var dem som fick mannen att sluta vara våldsam och lugna ned sig och att det är orsaken till att hans riktiga jag återkom. Kvinnan måste dock inse att mannen är både en snäll man, men även en väldigt grym man. När de insett detta kan de bättre skydda sig själv och sina barn. (Walker 2000: 136)

5.4 Sammanfattning

Kvinnomisshandel är vanligt förekommande i dessa dagar. Fler än vad man tror blir utsatta för våld inom hemmets väggar och siffrorna tycks bara öka. Skälet till varför det ökar och inte istället minskar kan kanske bero på den okunskap som existerar i dagens samhälle. För att få slut på detta enorma lidande måste var och en, och speciellt sjukvårdspersonal, ta sitt ansvar och lära sig mer om hur själva våldsrelationen ser. Förstår man inte problematiken runt omkring kan man heller inte vara till någon hjälp.

5.5 Vårdrelationen

Joyce Travelbee (1969:7) definierar psykiatrisk vård som en interpersonell process, detta eftersom man alltid inom detta område arbetar med människor. Människorna som en psykiatrisk vårdare möter kan variera, det kan vara fråga om enskilda individer, hela familjer, eller grupper som är i behov av hjälp och stöd från den professionella vårdaren. Vidare skriver Travelbee att den professionella sjukskötaren måste inneha de rätta teoretiska kunskaperna och även kunna utföra dessa i praktiken. Den psykiatriska sjukskötaren måste även kunna ha förmåga att hjälpa andra människor, familjer eller samhället att uppnå hälsa.

Travelbee menar alltså att det är viktigt att vårdaren känner sig själv och att denne har kunskap om hur man skall kunna hjälpa patienter i nöd. När det gäller just våldutsatta patienter, vilka för det mesta är kvinnor, är det viktigt att man som vårdare vet hur man skall bära sig åt då man möter denna typ av patient.

5.5.1 Den terapeutiska relationen

Stuart and Sundeen (1995: 22) skriver att målet med den terapeutiska relationen är att medverka till patientens tillväxt. Patienten skall självförverkligas, acceptera sig själv och få en ökad självrespekt. Patienten skall lära känna sig själv på ett bättre sätt och få kunskap om sin egen identitet. Ett mål är även att patienten skall kunna skapa relationer till andra människor och ha möjlighet att ge kärlek till andra och även att ta emot det. Vårdaren skall hjälpa patienten att fungera bättre och sätta upp realistiska mål som denne skall uppnå.

Inom den interpersonella processen som sker mellan vårdare och patient är olika värderingar tillåtna och respekterade. Själva terapin går inte ut på att vårdaren säger till patienten hur den skall tänka och göra utan det skall förekomma en kommunikation mellan de båda parterna som tillåter patienten att skapa en egen uppfattning om sig själv som hjälper patienten till en klarare uppfattning om sin egen identitet. (Stuart & Sundeen 1995:22)

5.6 Den professionella vårdaren

Den ena centrala personen i en vårdrelation är patienten, den andra är vårdaren. Vårdaren finns där för att hjälpa patienten. När patienten och vårdaren möts i en vårdrelation skall alltid vårdaren agera professionellt. (Sarvimäki & Stenbock- Hult. 1991:78) Nedan skall redogöras för vilka egenskaper som en vårdare behöver inneha för att kunna ta hand om en patient på ett bra sätt, detta inriktar sig på situationer där patienten är ett våldsoffer.

5.6.1 Ansvar

Den professionella sjukskötaren har ett visst ansvar, hon eller han skall utföra sina arbetsuppgifter på rätt sätt, men ansvar kan också vara en personlig egenskap. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2008: 95) I ICN:s etiska kod kan man läsa att "Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människor vård". Enligt ICN har sjuksköterskan ett stort ansvar att ta hand om och ge en god vård till alla patienter. (ICN 2007) Ansvar kan översättas till skyldighet, man är som sjukskötare skyldig att ta hand om alla patienter på ett bra sätt. Det är skyldigheterna och ansvaret som säger vad man

bör göra, rättigheter säger vad man får göra. För att man som sjukskötare skall utföra uppgifter som man är ansvarig för krävs det att man är en ansvarsfull person. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2008: 95) Sarvimäki & Stenbock- Hult (2008: 95) skriver i deras bok "Omvårdnadens etik" att "Vi blir ansvariga när vi har förmågan att välja mellan rätt och fel, gott och ont."

Alla sjukskötare har ett så kallat professionellt ansvar, både för sitt eget handlande och inför de patienter som man vårdar. Att vara ansvarig för sitt handlande innebär att man har ett val, man väljer själv hur man handlar. Det innebär även att man skall kunna se konsekvenserna av ens handlande. En sjukskötare är alltid ansvarig för sitt eget handlande och kan stå till svars vid vanvård av patienter. Som sjukskötare har man ansvar för sina egna kunskaper och kan inte skylla på att man inte vet vissa saker. Gör man något fel på grund av att man inte haft tillräckligt med kunskap om ett visst område är man ändå ansvarig. Sjukskötaren skall inte ta på sig arbetsuppgifter som hon inte är kapabel att utföra, då detta vore oansvarigt. Att arbeta som sjukskötare innebär att man har ett stort ansvar att ta hand om alla patienter på ett bra sätt och skydda dem från att bli vanvårdade. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2008: 126-128)

5.6.2 Kunskap

Kunskap behövs för att vårdaren skall kunna planera, handla och värdera olika situationer. En vårdare använder sig av en praktisk teori. Detta får man genom erfarenhet, inläsning, lyssnande och genom att studera andra i olika vårdsituationer. Den praktiska teorin består av personliga erfarenheter, det man själv upplever, av kunskap som man erhåller och av egna värderingar. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 1991: 88-89)

Att ha en yrkesidentitet innebär att man har förmågan att ha ett yrke, man har kunskapen som behövs och ett ansvar. Som yrkesmänniska känner man till sina styrkor och svagheter och genom att arbeta utvecklar man en ny kunskap och nya erfarenheter. För att kunna utveckla en yrkesidentitet måste man ha en vilja att göra ett bra arbete och man måste inneha den rätta kunskapen och viljan att utföra detta. Yrkesidentiteten utgör en viktig roll då det gäller exempelvis bemötandet av patienten. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1991: 79-81)

Vårdaren måste vara klar över vem hon/han själv är för att kunna hjälpa andra människor. Om man som vårdare accepterar sig själv som man är har denne en större chans att kunna förstå en patient, även om denne är annorlunda än andra. Som människa är det omöjligt att ha kunskap om allt som handlar om sig själv. Johari har gjort upp fyra kriterier som beskriver detta väldigt bra i ett så kallat ”Johari window”:

1. Known to self and others
2. Known only to others
3. Known only to self
4. Known neither to self nor to others

Dessa fyra olika delar representerar hela människan. (Stuart and Sundeen 1995: 23)

Vårdaren måste vidare ha kunskap om vilka värderingar de besitter, ha en öppen relation till sina känslor så att relationen till patienten inte blir för objektiv. Att som vårdare visa känslor gentemot patienten ger denne ledtrådar om dennes problem. Vårdaren kan på så sätt hjälpa patienten, men bara om vårdaren har en klar bild över sina känslor och hur de reagerar på olika saker. (Stuart & Sundeen 1995: 25-26)

5.6.3 Empati

Empati betyder att man skall kunna leva sig in i en annan människas situation, detta även på ett känslomässigt plan. För att detta skall vara möjligt måste vårdaren vara klar över sina egna känslor. De intellektuella och kognitiva kunskaper som finns hos vårdaren hjälper henne att förstå patienten. De hjälper även vårdaren att förstå sig själv och sina egna tankar. Vårdaren måste kunna skilja mellan sina egna upplevelser och känslor och vad som är patientens. Vårdaren måste ha en klar självuppfattning. Genom att vårdaren kan skilja på sina egna och patientens tankar och känslor leder detta till att vårdaren kan göra en bedömning av patientens tillstånd på ett objektivt sätt. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 1991: 84-85)

5.6.4 Viljan att hjälpa

Omsorgen utgör grunden för allt vårdande. Vårdaren vill hjälpa patienten och göra gott, vårdaren vill alltså patientens bästa. Detta kallas för altruism. Inom altruismen utgör medkänslan en viktig del, detta innebär att man bryr sig om en annan människa och vill hjälpa honom eller henne. Vårdaren kan t.ex. hjälpa patienten med saker som denne själv inte klarar av att utföra. Vårdaren kan också hjälpa patienten att utvecklas genom att fokusera på patienten resurser och på framtiden. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 1991: 81-82)

Travelbee menar att den psykiatriska sjuksköterskan har vissa specifika funktioner:

- Att förebygga mental hälsa
- Att förebygga mental ohälsa

- Att finnas där för och hjälpa den person som mår dåligt och har mental ohälsa till att må bättre och återfå hälsa.
- Att hjälpa den enskilda personen, dennes familj och samhället att finna en mening med mental ohälsa.

Sjukskötaren måste ha en stor förståelse för andra människor, kunna observera och använda sig av meningsfulla vårdaktiviteter. (Travelbee 1969: 20-21)

5.6.5 Respekt

Omsorg innefattar respekt, hänsyn och accepterande. Att vårdaren respekterar patienten betyder att hon eller han låter patienten ha sina egna känslor och åsikter och en egen vilja. Hänsyn betyder att man inte skall sår patienten. Vårdaren skall handla på ett sätt så att inte patienten blir illa berörd. För att kunna respektera patienten och ta hänsyn till honom eller henne måste vårdaren acceptera patienten som den är, lyssna på patienten och lära känna patienten och inte döma honom eller henne. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1991: 102)

Sjukskötaren accepterar inte och tycker heller inte om alla personer. Alla människor kan inte tycka om varandra. Om en patient beter sig illa är det svårt för sjukskötaren att försöka tycka om denna person, även om man vet att denna person är psykiskt instabil. Sjukskötaren skall inte döma patienten eller beskylla honom eller henne för dennes beteende. (Travelbee 1969: 51, 53)

Vårdaren måste respektera patientens fysiska och psykiska integritet. En patients psykiska område innehåller tankar, känslor, minnen, erfarenheter och upplevelser. Att som vårdare respektera detta innebär att man inte skall förvänta sig att patienten vill berätta

allt som denne känner och tänker för vårdaren. Ofta berättar patienter saker för vårdare som de kanske inte sagt till någon annan. Det är viktigt att vårdaren är klar över hur han eller hon skall ta tillvara denna sorts information. Om man som vårdare frågar en patient om någonting måste man kunna handskas med svaret och kunna ge patienten den omvårdnad och hjälp som patienten behöver. Patienten är inte skyldig att berätta allt för vårdaren, de har som vilken människa som helst rätt till ett privatliv. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2008: 146)

5.6.6 Sårbarhet

Att som vårdare våga gå in i en vårdrelation kräver mod. Vårdaren öppnar sig för och engagerar sig känslomässigt i en annan människa och detta gör en sårbar. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 1991: 104-105)

Alla människor är sårbara, vi kan bli skadade fysiskt och känslomässigt. Någon kan skada en annan människa genom att t.ex. slå honom eller henne, genom att använda fysiskt våld. Man kan även såra en annan människa genom saker man säger, detta kan leda till att den andra känner sig ledsen eller förödmjukad. Att vara sårbar behöver inte betyda att man är svag, utan det innebär bara att man är känslig. Ju känsligare en människa är desto större risk är det att man blir sårad och man behöver därför mer skydd omkring sig för att undvika detta. Att våga gå in i en relation med en annan människa kräver mod eftersom man i en relation måste öppna sig och detta gör en sårbar. Om man väljer att inte öppna sig för en annan person så undviker man att bli sårad, men samtidigt så lever man inte ett äkta liv, man är inte sig själv med den andra. I en vårdrelation utgör sårbarheten någonting bra, att både patienten och vårdaren är sårbara gör att vårdaren kan förstå patienten. Vårdaren måste vara klar över vad han eller hon känner och våga gå in i vårdrelationen helhjärtat. Om vårdaren försöker att dölja sin sårbarhet kan det

leda till att hennes arbete inte innehåller något engagemang, hon utför bara uppgifterna utan att se patienten som en medmänniska. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2008: 14-17)

5.7 Sammanfattning

Den professionella sjukskötaren bär på ett stort ansvar när det gäller vårdandet av patienter, och i det här fallet, vården av våldsutsatta patienter. Ett ansvar som innebär att de måste ha en viss kunskap för att kunna ta hand om dessa patienter, ansvaret ligger i att de själva inser vikten av att ha kunskap om våld i parförhållanden. Det är inte lätt för en vårdare att gå in i en relation med en patient som utsatts för misshandel, man måste komma ihåg att båda två är sårbara i denna situation. Vårdaren måste visa patienten respekt och bemöta patienten på ett empatiskt sätt för att få den respons som denne hoppas på. Av allt att döma vill nog de flesta sjukskötare hjälpa ett våldsoffer till ett bättre liv och ge dem den vård de behöver. De känner säkert också ett ansvar som sjukskötare att ta hand om patienten på ett bra sätt. För att detta skall lyckas måste man våga gå in i denna relation och öppna sig för den andra och visa att man bryr sig och vill väl.

6 METOD OCH SAMPEL

Denna studie är kvalitativ och bygger på en empirisk bas. En empirisk undersökning betyder att forskaren genom att studera och observera omgivningen bildar sig en uppfattning om hur den ser ut och detta leder i sin tur att forskaren får ny kunskap om sin omvärld. (Carlsson 1997: 19)

I detta examensarbete skall respondenten utföra två intervjuer med två sjukskötare som genom deras arbete kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor. Informanterna har utvalts via Helena Ewalds som är samarbetspartnern i detta projekt. Via henne fick respondenten vidare kontakt med Barbro Näse, som är teologie magister, familjerådgivare, psykoterapeut, arbetshandledare och organisationskonsult, som sedan valde ut fyra svenskspråkiga informanter till två elever. En annan studerande skriver också ett arbete inom samma projekt och även hon kommer att utföra två intervjuer. Respondenterna kommer att i intervjuerna ställa varandras frågor och på det sättet får dem tillgång till material från fyra informanter som de sedan använder i sin resultatredovisning.

I Bilaga 2 finns en redogörelse över temaguiden.

6.1 Temaintervju

Genom samtal människor emellan fås kunskap, man lär känna varandra och får reda på varandras tankar och erfarenheter. Forskningsintervjun är ett professionellt samtal, forskaren är den som kontrollerar situationen, väljer ett ämne som skall behandlas och med kritiska ögon observerar han den intervjuades svar. En halvstrukturerad kvalitativ forskningsintervju, som skall användas i denna undersökning, betyder att det varken är ett öppet samtal eller ett noggrant utformat frågeformulär. Intervjun genomförs enligt en intervjuguide som innefattar olika teman. Syftet med intervjun är att bilda sig en uppfattning om den intervjuade personens livsvärld i förhållande till de teman som skall undersökas. Man vill på detta sätt förstå meningen i dessa teman. När man intervjuar en annan person är det viktigt att man som intervjuare lyssnar till vad som sägs, men även att man observerar det som inte uttrycks i ord, det vill säga, att läsa mellan raderna. (Kvale 1997: 13, 32, 36)

Den kvalitativa forskningsintervjun är varken strängt strukturerad eller ostrukturerad. Den fokuserar istället på olika teman och tillåter den intervjuade att svara på frågor utgående ifrån sina egna upplevelser och erfarenheter. Den intervjuade kan se på saker och ting annorlunda än intervjuaren och på så sätt förändras temat och intervjuaren får en ny syn på ämnet. (Kvale 1997: 37-38)

Tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering, dessa sju stadier förklarar hur en intervjuundersökning går till från början till slut. Det första stadiet är tematisering som innebär att forskaren formulerar ett syfte och frågeställningar. Ämnet som forskaren skall undersöka beskrivs och forskaren redogör för hur kunskapen skall nås. Innan forskaren går ut och intervjuar måste han eller hon vara klar över exakt vilket tema som skall behandlas och vad man skall ta reda på. Syftet måste vara noggrant formulerat innan forskaren kan gå vidare med arbetet. (Kvale 1997: 85, 91)

När det gäller planeringen måste forskaren noga planera arbetets sju stadier, han eller hon måste veta vad det är för kunskap som skall uppnås och vilka etiska aspekter som måste beaktas i samband med kunskapssökandet. Det är viktigt för forskaren att han eller hon försöker att göra sig en uppfattning om hela undersökningen, hur den kommer att se ut, innan intervjuerna inleds. Även i början av studien skall forskaren hålla fokus på slutet av arbetet, han eller hon måste vara klar över hur syftet ser ut och även reflektera över hur slutresultatet kan komma att se ut. Dessa saker måste begrundas eftersom de intervjuade personerna måste kunna få information om vad materialet kommer att användas till. (Kvale 1997: 85, 95- 96)

Forskningsintervjun sker mellan två olika människor och dessa diskuterar ett gemensamt intresse. Genom att dessa två parter samtalar med varandra utvecklas kunskap. Den som intervjuar måste bygga upp en trygg stämning så att den person som blir intervjuad känner sig bekväm i att tala om sina känslor och tankar. Som nämnts tidigare är det alltså inte frågan om en jämställd diskussion, utan det är intervjuaren som styr hela intervjusituationen och introducerar samtalsämnena. Det är viktigt att intervjuaren är väl

förberedd inför intervjun, man skall vara klar över vad man vill fråga, vad syftet med intervjun är och hur intervjun skall gå till. (Kvale 1997: 117-119)

Med utskrift menas att forskaren överför talspråket till skriftspråk och får på detta sätt ett material som sedan kan analyseras. Ofta skriver man ut intervjuerna från en bandspelare och utifrån detta analyseras den färdiga texten. Materialet blir på detta sätt annorlunda eftersom den intervjuades känslor och tankar hamnar på papper, allt det som personen uttryckt i intervjun försvinner och kvar finns bara texten. (Kvale 1997: 85, 153)

Verifiering handlar om generaliserbarhet, reliabilitet och validitet. Reliabilitet handlar om forskningsresultatets konsistens. Med validitet menas att man under hela processen håller koll på om det som skall undersökas undersöks. (Kvale 1997: 85)

”Syftet med en rapport är att informera andra forskare och allmänheten om resultatens betydelse och tillförlitlighet.” (Kvale 1997: 232) Rapporten skall innehålla ny kunskap om ämnet som studerats och den skall vara väl formulerad så att läsaren kan följa med genom hela undersökningsprocessen. Forskaren tjänar på att ha slutrapporten i åtanke redan från

början av undersökningen. (Kvale 1997: 232)

6.2 Innehållsanalys

En kvalitativ textanalys kommer att användas som analysmetod av det erhållna materialet i denna studie.

Genom en kvalitativ textanalys tar författaren fram det viktiga i texten genom att läsa igenom den noggrant. Det gäller att fånga in det som författaren vill föra fram till läsaren, att fokusera på det väsentliga. Man måste så att säga ”läsa mellan raderna” för att kunna se textens mening. Detta innebär alltså en ordentlig fördjupning av texten. Denna metod används av alla forskare som kopplar sin undersökning till tidigare forskningsresultat. När man som författare läser igenom texten är det bra om man ställer frågor till den för att på så sätt förstå vad den handlar om och för att få fram det viktiga. Innan man börjar sin analys skall frågeställningar göras. Svaren på dessa frågor skall sökas i materialet som analyseras. (Esaiasson et al 2004: 233-234, 238)

Genom att tolka människors uttalanden bildar forskaren sig en uppfattning om olika upplevelser och livsförhållanden. Syftet med forskningen är att beskriva hur andra människor upplever saker och ting. När forskaren tolkar en text försöker han att ”ge en struktur och en innebörd åt det budskap som uppfattas i texten”. (Patel & Tebelius 1987: 122-123, 127)

Forskaren skall hitta meningsbärande enheter i texten, detta kan t.ex. vara specifika händelser. Forskaren måste också vara öppen för innehållet i texten så att nya tankar tillåts att bli synliga. Det viktiga är att få ett helhetsintryck av texten, därför skall texten först läsas igenom utan att forskaren har en redan bestämd åsikt om vad texten skall handla om. (Patel & Tebelius 1987: 127-128)

Efter genomläsningen av texten plockar forskaren ut det viktigaste ur texten, ur detta försöker forskaren uppfatta vad det är som sägs. När viktiga teman identifierats i texten skall de granskas och sedan skall en gruppering utföras utan att för den delen namnge dem. Om man namnger grupperna fastar man lätt vid detta, utan namn finns möjlighet till vidare reflektion och förmåga att upptäcka andra grupperingar. (Patel & Tebelius 1987: 128-129)

Samtidigt som texten grupperas är det viktigt att läsa igenom hela texten igen. De skilda delarna kan få en ny innebörd vid en jämförelse med helheten. När man sedan börjar få ordning på kategoriseringen kan forskaren börja namnge grupperna. (Patel & Tebelius 1987: 130)

Genom hela analysen är det viktigt att forskaren visar att dennes tolkning stämmer överens med resultatet genom att under varje kategori ha med direkta citat från texten. (Patel & Tebelius 1987: 133)

7 ETISKA REFLEKTIONER

När det gäller studier som denna som använder människor som informanter uppkommer ofta många känsliga ämnen av etisk karaktär. När man utför en undersökning krävs det att man följer vissa etiska principer. Forskning som görs inom området omvårdnad vägleds av fyra etiska principer: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa. Principen om autonomi handlar om värdighet, integritet och sårbarhet hos en människa. Autonomi kan översättas till människans självbestämmanderätt. Varje människa har rätt att bestämma själv och andra människor måste respektera detta, man får inte använda tvång gentemot en annan person. Forskning som baserar sig på människors uttalanden får inte förekomma utan att ett informerat samtycke är genomfört. Principen om autonomi skall inte bara skydda människans kropp och personlighet utan även dennes värdighet, integritet och sårbarhet. Principen handlar även om att informanten respekteras och att denne frivilligt får välja om denne vill medverka i undersökningen eller inte. Informantens privatliv skall skyddas och personen har rätt att dra sig ur undersökningen när som helst och behöver inte förklara varför. Autonomi handlar även om tystnadsplikten och att ingen av informanternas identitet blir avslöjad. Deltagarna har rätt att vara totalt anonyma. (SSN: 2003: 11)

Kvale (1997: 107-109) skriver vidare om detta att informerat samtycke innebär att man som forskare upplyser informanterna om syftet med studien, hur den är upplagd och varför det är viktigt att de deltar i undersökningen. Man bör dock även redogöra för vilka risker som finns.

Forskaren skall se till att informanterna hålls skyddade genom att t.ex. ändra deras namn så att de inte kan bli identifierade. Om forskaren vill publicera något som någon sagt och som denne kan bli identifierad genom måste detta först godkännas av informanten. (Kvale 1997: 109) Det informerade samtycket skall vara lättläst och kan ges både muntligt och skriftligt. (SSN 2003:12)

Principen om att göra gott handlar om att forskningen måste vara till nytta för t.ex. sjukvården. Forskaren måste därför noga tänka igenom sitt syfte med undersökningen för att kunna se vilken nytta forskningen kan ha för både samhället och för enskilda individer. Principen om att inte skada innebär att forskningen inte får orsaka lidande hos informanterna. Forskaren måste upplysa deltagarna om de risker som finns gällande deltagande i studien. (SSN 2003:11) Informanterna skall inte uppleva lidande vid deltagande i studien. Det positiva skall överväga det negativa och forskaren bör tänka igenom konsekvenserna av sin undersökning och väga upp för- och nackdelarna mot varandra. (Kvale 1997:110) Principen om rättvisa innebär att alla skall bli behandlade på samma sätt. Svaga grupper, som t.ex. barn och dementa skall inte bli behandlade på ett annorlunda sätt, det är forskarens uppgift att se till att de blir rättvist behandlade. (SSN 2003:11)

Forskaren måste vara känslig inför de etiska frågor som kan dyka upp under intervjuandets gång. Han eller hon måste även känna ett ansvar att handla på ett bra sätt gällande dessa frågor. Det är intervjuaren som är det viktigaste instrumentet när det gäller att samla kunskap. (Kvale 1997:111) Forskaren måste även besitta en viss kunskap och ha erfarenhet när det gäller forskning och skall förvara forskningsmaterialet säkert. (SSN 2003:12)

Innan respondenterna utförde sina temaintervjuer hade den förkortade idéplanen godkänts av Arcadas etiska råd, Etix. Se Bilaga 3 för informerat samtycke.

8 STUDIENS GENOMFÖRANDE

Nedan skall det redogöras mer noggrant över hur materialet insamlades och hur intervjuerna utfördes.

8.1 Sampel

Till detta arbete har det utförts intervjuer med fyra informanter. Dessa informanter arbetar alla inom vården, två är sjukskötare och arbetar på en poliklinik i Helsingforsområdet och två är hälsovårdare och arbetar med rådgivning, även de i Helsingforsområdet. Detta medför att de har två relativt olika utgångspunkter när det gäller att svara på respondentens frågor. Dessa intervjuer utfördes på informanternas arbetsplats och tid hade avvarats för detta tillfälle. Informanterna skrev under ett brev om informerat samtycke innan intervjuerna börjades.

8.2 Material

Intervjuerna varade från en halvtimme till en timme och vid intervjutillfället användes bandspelare. Efter att intervjuerna var utförda transkriberades materialet till dator och

detta material blev, sammanlagt med alla fyra intervjuer, ca 90 sidor långt. Texten är skriven med Times new Roman storlek 12, radavstånd 1,5.

9 RESULTATREDOVISNING

I denna resultatredovisning redogörs det för resultaten från de fyra temaintervjuerna som utförts. De centrala frågeställningar som respondenten formulerade i början ligger till grund för resultatet. Dessa frågeställningar var: ”Hur ser vårdpersonal på sitt ansvar när det gäller att ta hand om våldsutsatta patienter?”, ”Tillfrågas patienter om misshandel av vårdpersonal vid misstanke om detta?”, ”Vilka är hindren för att man inte tar upp det?” och ”Vilken tilläggsutbildning anser vårdaren sig behöva för att kunna ta emot våldsutsatta patienter och för att kunna vägleda dem på ett bra sätt?” Allt material har använts till analysen och från allt material framkommer åtta underkategorier och tre överkategorier:

Sjukskötarens uppgifter och skyldigheter

- Ansvar att fråga
- Ansvar att finnas som stöd

Brister i mötet med en våldsutsatt kvinna

- Osäkerhet och rädsla inför konfronterandet
- Bristande empati
- Risk för mer våld
- Brister i tillit

Kunskap och färdigheter

- Tidigare kunskaper
- Tilläggsutbildning

Resultatet finns redogjort i tabeller i Bilaga 4-6.

9.1 Sjukskötarens uppgifter och skyldigheter

Det tema som lyser starkast genom alla fyra intervjuer är just ansvaret, ansvar att fråga och ansvar att finnas som stöd. Informanterna anser att de som sjukskötare besitter ett stort ansvar att ta upp frågan om våld. De skall finnas till för patienten och vid misstanke om våld skall man som sjukskötare fråga patienten om detta. En av informanterna beskriver ansvaret på ett bra sätt:

”jag tycker utan vidare att det är vars och ens ansvar i alla vårdssituationer, är man sen på barnrådgivning eller på en poliklinik eller, eller, eller på en mentalvårdsenhet så är det allas ansvar.”

9.1.1 Ansvar att fråga

”om jag får in en patient, en kvinna då, som som väcker på något sätt hos mig att...att de här har inte allting gått rätt till... så visst hör det till mitt ansvar att fråga...”

Vid misstanke om våld så konfronterar man som sjukskötare patienten om detta. En av informanterna menar att det skulle krävas en stark misstanke för att hon skulle ta upp

frågan med kvinnan. De två informanterna som arbetar på en poliklinik medger att det inte alls ofta händer att de träffar denna typ av patientgrupp, utan det är mest missbrukare som de möter. Missbrukarna är oftast samma personer som inkommer på polikliniken med jämna mellanrum och som personalen känner till, de kan helt öppet medge att de blivit slagna av sin partner som om detta inte är något ovanligt alls. De medger även att de säkert möter dem som blivit misshandlade, men att de inte har tid att upptäcka detta. På en poliklinik är ju tempot ofta relativt högt och patientkontakterna är korta, stressen är ofta påtaglig hos personalen och detta känner förstås patienterna av. Därför menar informanterna att det är svårare att få ett ärligt svar från en kvinna som de misstänker blir misshandlad. Kvinnan litar helt enkelt inte tillräckligt på dem för att beträffa dem med sina problem. Samtidigt säger de två informanterna som arbetar på rådgivningen att det krävs ett längre vårdförhållande innan kvinnan vågar öppna sig för dem.

En av informanterna använder sig av en screeningsblankett som hon använder på alla patienter och således frågar hon om våld av alla kvinnor hon träffar. Detta gör ju arbetet i sig mycket lättare eftersom hon då kan säga att detta är någonting som hon frågar alla patienter och det behöver på det viset inte bli så jobbigt att ställa frågan om våld. Man får så att säga stöd och hjälp av att ha en blankett att utgå ifrån och behöver inte själv tänka ut hur och vad man skall fråga kvinnan.

Ur materialet framkommer även att situationen när man konfronterar kvinnan om misshandel kan se olika ut. För det mesta tillfrågas kvinnan rätt ut om hon utsätts för misshandel och sedan är det upp till henne om hon vill ge ett ärligt svar eller inte. Situationen kan gå till så att sjukskötaren ser att kvinnan till exempel är blåslagen och berättar vad hon misstänker och varför och frågar om det ligger någon sanning i hennes misstankar. Vill kvinnan inte samarbeta och berätta finns det inte så mycket mer sjukskötaren kan göra i det skedet. En annan situation kan vara att sjukskötaren ser att mamman är trött och deprimerad och barnen kanske är skrikiga. Utifrån detta kan man som vårdpersonal leda in samtalet mer och mer på hur de har det hemma, om mannen är hjälpsam och därefter kan man fråga om han är snäll med henne. På detta sätt kommer inte

frågan som någon överraskning utan man har arbetat sig fram till frågan istället för att bara slänga ut den rätt ut i luften.

”mm, det kan, det kan vara en sådan här situation att ett barn är jättemissnöjt och skrikigt till exempel och mamma, mamma är jättetrött och mamma är deprimerad, det...situation och där där kan jag fråga, där kan man fråga att att hur har ni det hemma, får du hjälp och stöd av din din sambo, man, och det därän att man leder in det liksom man leder in det via någonting, leder in diskussionen på ett ämne och sedan frågar man bara rakt ut att att det därän att är han snäll med dig”

En annan av informanterna beskriver situationen med kvinnan såhär:

”att det jag liksom starkt då misstänker att det är så så så..sä..berättar jag åt den som det berör vad jag misstänker... och förklarar varför jag gör det... och om de ligger någon grund i varför jag misstänker det...”

Det poängteras även av informanterna att det krävs att man som sjukskötare är finkänslig när man ställer frågan om våld. När man frågar patienten om en sådan sak som våld måste man tänka över hur man frågar och på vilket sätt som man bemöter patienten på. Man får inte gå på patienten för hårt på en gång och bara slänga ut frågan i luften, detta är ju trots allt ett ämne som väcker stor skam och rädsla hos kvinnan.

”men man måste ju också tänka på det därän att att hur jag frågar för att även skydda patienten”

”man ska ju vara finkänslig att inte man beskyller heller...och sen är det, sen är det ju så så tokigt och med det där att att..man är ju glad att dom söker hjälp...vi finns ju till för patienten... men går man på vet du...med en gång att man anser att dom har blivit...trakasserade med våld... så kan det vara dom tänker att hit vågar man inte komma

mera... för det är ju en stor skam och en rädsla... för kvinnan det här, den här grejen...så att det är lite...där är också lite känsligt”

9.1.2 Ansvar att finnas som stöd

Det är viktigt att man som sjukskötare visar att man finns till hands för att hjälpa och stödja patienten. När man ställt frågan om våld måste man också vara beredd på att hjälpa kvinnan och stödja henne genom hela processen.

”nå jag tycker att...man måste ju få försöka ge det stöd dom behöver men att...besluta hur mycket hjälp personen i fråga...är nog ganska långt upp till kvinnan själv...men att åtminstone signalera att vi finns och att att... ibland bli det ju det där att man kanske kontaktar senare på nytt”

Ofta händer det att kvinnorna som blir utfrågade om våld väljer att antingen inte svara på frågan eller att försöka komma med bortförklaringar till vad som har hänt, det kan till exempel handla om att kvinnan säger att hon har fallit i trappan. I denna situation är det viktigt att som sjukskötare ändå visa att man finns där för patienten och att om kvinnan någon gång skulle välja att berätta om misshandeln för någon så vet hon vart hon kan vända sig.

”sen kommer vi ju ihåg att sen finns det ju dom här kvinnorna som verkligen helt övertygande om... vet du hur det har hänt den här grejen... som har ingenting... dels... så har ju dom här ingenting med våld att göra överhuvudtaget... utan dom..vet du...vet du dom har fallit och det”

9.2 Brister i mötet med en våldsutsatt kvinna

Nedan skall det redogöras för vad som kan stå i vägen för att man som sjukskötare inte skulle ta upp frågan om våld med en kvinna som man misstänker har blivit utsatt för misshandel.

9.2.1 Rädsla och osäkerhet inför konfronterandet

Den osäkerhet som kommer fram i resultatet blir tydlig om man läser mellan raderna. Inga hinder tycks föreligga enligt informanterna själva, men kollar man närmare så ser det faktiskt ut som om en osäkerhet ligger över detta ämne. De själva kanske inte har några problem med att ta upp denna fråga, men de kan se hinder för att andra inte skulle våga ta upp frågan om våld. Det finns i tvivlen som man kan ha på sig själv, man blir helt enkelt tveksam på sig själv och vågar helt enkelt inte ställa frågan om våld.

”inte kan man säga att man alltid vågar... för ibland så blir man ju tveksam på sig själv...”

Detta pekar ju på att det finns en osäkerhet hos personalen som gör att de inte vågar ta upp frågan om våld med patienten. Detta kan i sin tur bero på ett antal olika saker, t.ex. att de känner att de inte har tillräckligt med kunskap för att kunna ta hand om dem eller att de helt enkelt känner sig rädda och inte vill fråga med rädsla av hur patienten skall reagera. Även om de informanter som intervjuats till detta arbete inte anser sig vara speciellt osäkra på hur de skall hantera denna situation så kan de fortfarande förstå hur en annan kollega kan känna det när man skall ta upp det här ämnet med en patient.

”för många sen känns det ju säkert jobbigt redan att komma in på det här och att fråga”

9.2.2 Bristande empati

En av informanterna tar upp detta som ett hinder som finns. Det kan handla om vårdpersonal som helt enkelt tycker att det känns för jobbigt att gå in i detta ämne och på ett sätt inte bryr sig om att göra det heller. Det är lättare att bara låta det passera och låtsas som att man inte märker det som verkligen försiggår mitt framför ens ögon.

”nog är det ju ett hinder då det är ju att att att man bara inte...liksom...ids bry sig”

Det påpekas dock av informanten att detta skall anses som ett misskötande av sin arbetsuppgift.

På en poliklinik blir det även lätt så att man bara fokuserar på vad patienten kommer in för, man behandlar patientens skador och sedan anser man att man gjort sitt jobb.

”vet du att jag har...trots allt så har jag ju ansvaret att sköta bara om patienten och sen där slutar min grej vet du... jag sköter det här som den kommer för(skadorna)”

Detta kan ju även tolkas som att man inte bryr sig, man bryr sig enbart att ta hand om de ytliga och synliga skadorna, de skador som är fysiska. Men man glömmer istället då helt bort de skador som finns innanför, de psykiska skadorna. Detta känns säkert lättare för

vårdaren, det är lättare att ta hand om och rengöra ett sår än att bli alltför personlig med patienten och gå in på djupet och på det sättet visa sig sårbar inför patienten. Om man inte ser det som händer framför en behöver man inte ta konsekvenserna av det heller, men ansvaret som man har gentemot patienten tycks i dessa situationer vara som bortblåst.

9.2.3 Risk för mer våld

Ett stort hinder som framkom ur materialet var att man som sjukskötare var rädd att patienten skulle utsättas för mer våld av mannen om hon berättade för någon ur personalen om sina problem. De menade att om mannen fick reda på detta så skulle han straffa kvinnan för att hon så att säga "skvallrat" på honom.

"inte...tycker jag att de egentligen finns...det som det enda som skulle kunna finnas att det finns någon risk att den här kvinnan blir utsatt för mera våld...om man blandar sig i så att säga...om man ser det som ett hinder vet du"

Ett annat hinder ansågs vara sin egen hälsa och säkerhet, den går före allt annat. Om mannen skulle uppträda hotfullt emot personalen skulle man avstå att ta upp frågan med patienten.

"Visst finns det hinder till exempel i situationer där man vet att mannen kan vara våldsam så går ju min min hälsa och min säkerhet går ju nog i alla fall först att då då är man ju tvungen att fundera på andra åtgärder då till exempel via barnskyddet eller så då, men att att jo den egna hälsan går nog först."

Det kan även hända att ett hinder är att man som vårdpersonal inte förväntar sig att träffa denna typ av patienter. En av informanterna talar om att de mest stöter på samma typ av patienter, missbrukare. De återkommer hela tiden till polikliniken och våld i deras förhållande är vanligt för dem. De menade att de inte ser den stereotypa misshandlade kvinnan ofta (om det nu finns någon sådan) och detta kan kanske leda till att de har ett tankesätt som gör att de inte förväntar sig att stöta på dessa patienter heller.

”sen är det ju olika typer tycker jag av...av våld i parrelationer man kan tänka.....hur ska jag säga att det inte ska låta tokigt men...men skulle jag säga dom här missbrukarna överla...missbrukare.. alltså alkohol och drogmissbrukare som vi träffar...mycket på här... så dom har ju alltid sina...si... vet du...i deras parrelationer så där... förekommer de mycket våld... och det är ju såna grejor som...som....som dom kan öppet säga att jo han slog mig heller vi hade världens slagsmål..åsså är det det...vet du så är det bra med det..det är liksom det...det...vardagsmat för dom”

9.2.4 Brister i tillit

Detta kom upp tidigare i resultatredovisningen, men det är värt att få en egen rubrik. Det är svårare för kvinnan att öppna sig för vårdpersonal ju kortare tid hon känt denna person. De informanter som arbetar på en poliklinik menar att kvinnan ofta väljer att inte berätta att de utsatts för våld på grund av att vårdtillfället alltid är så kort och att kvinnan därmed inte hinner bygga upp något sorts förhållande med vårdpersonalen och vågar därför inte öppna sig för denna person.

”i synnerhet liksom kanske här på akuten vet du när dom bara kommer in..och endera så läggs dom in då eller så skickas dom hem då tillbaka..att vårdrelationen är så kort... att det är svårt att få...den där tilliten på en så kort stund”

Detta kan ju anses som ett hinder eftersom detta är en ingrediens som krävs för att man skall få ett ärligt svar av kvinnan. Det är klart att man som vårdpersonal kan fråga, men om man inte får ett ärligt svar så spelar ju heller inte frågan någon roll. En av informanterna menar att det krävs ett längre vårdförhållande mellan sjukskötaren och kvinnan för att hon skall våga öppna sig och berätta om sina problem.

”som jag sa så ibland mm ofta får man nog svar på det, i någon form, dom ger nog svar...men det kräver ju kanske att man har ett lite längre vårdförhållande...man har känt varandra i en liten tid och man har bildat sig en uppfattning om familjen och så här så sen när man är tillräckligt trött och slut så då tycker jag nog att dom brukar berätta det.”

9.3 Kunskap och färdigheter

Alla informanter som blivit intervjuade har sedan tidigare antingen en utbildning inom ämnet eller erfarenhet av det. En del har fått utbildning inom våld i parförhållanden när de gick sjukskötarutbildningen, men alla menar att ämnet är mycket mer uppmärksammat idag. En av informanterna tror på att man som person har en viss läggning när man väljer att specialisera sig inom just detta område. Hon menar att man behöver en viss personlighet för att välja att utbilda sig inom ämnet, sedan behöver man en viss del av psykologi tycker hon.

”det här är ju en specifik grej av allting inom sjukvården.. så jag tror att personerna som söker sig...till den här gruppen av vård har en viss personlighet...för det är ju ganska mycket psykiatri psykologi..i den här grejen.. och man har kanske en viss personlighet själv när man söker sig till de här...öhh...men att det är klart att alla alla såna här föreläsningar och kurser liksom...det klart att allting hjälper ju till”

9.3.1 Tidigare kunskaper

I materialet framkommer att det inte funnits mycket information om just våld i parförhållanden när informanterna gick sin sjukskötartutbildning. Vissa menar att det inte alls pratades om detta på skolor för cirka 20 år sedan och andra säger att de har fått lite information om det, men inte så mycket som skulle ha behövts. Ämnet var mer tabubelagt då och det var inte något man pratade om öppet. Nu har ämnet blivit mer uppmärksammat och idag ordnas det mycket föreläsningar kring ämnet våld i parförhållanden.

”nej men det pratades nog ingenting om det här i början av nittiotalet...då pratade man nog ingenting om om om våld då var det nog rosenrött allt på rådgivningen”

9.3.2 Tilläggsutbildning

”men det är ju alltid sen det också att som jag tycker att det är viktigt att man kommer ihåg att.. när man ställer den där frågan så ska du också vara beredd kunna sen på något sätt erbjuda hjälp...till det här problemet...och då är frågan att vad har du för hjälp att erbjuda”

Här kommer det fram tydligt hur viktigt det är att vårdpersonal har kunskap om ämnet våld i parförhållanden. De måste ha en viss kunskap innan de kan börja diskutera det här ämnet med kvinnan. Vet man inte vilken hjälp som finns att erbjuda eller hur man skall hjälpa den här kvinnan känns det inte heller rättvist att ställa frågan om våld.

Ur resultatet kan man utläsa att ämnet våld i parförhållanden har blivit alltmer accepterat i dagens samhälle och det ordnas kurser och föreläsningar för vårdpersonal i ämnet.

”och visst har vi interna skolningar också...här som ordnas i sjukhuset.. och då är det liksom för oss förstås och för socialbyrån och... och för vilka instanser liksom som... poliser och... det har det gjorts(syftar på att föreläsningarna inom ämnet har ökat)...och att jag tycker att folkhälsan är ju dom som...som mest jobbar med det här du vet den här vård...kedjan”

I materialet kommer det fram att det som saknas kanske inte direkt är utbildning, utan bara att man skulle börja diskutera ämnet våld i parförhållanden till exempel på arbetsplatsen redan skulle göra stor skillnad.

”jag vet nu inte om man kanske behöver någon utbildning eller...kurser eller någonting sånt..men redan att vi tar upp det här liksom... tar fram det som ett problem som finns... faktiskt och man kanske ...skulle vara lite mera.. på alerten för det”

På frågan om informanterna skulle anse sig ha nytta av en blankett där det står klart och tydligt hur man skall fråga en kvinna om hon blir utsatt för misshandel av sin man steg det fram olika svar. En informant använde sig alltid av en sådan screeningsblankett till alla sina patienter. En annan menade att de möter så pass lite av de där patienterna att den blanketten nog mera skulle damma på en hylla. Men hon sa samtidigt att den kunde vara ett bra stöd. En annan av informanterna tyckte bättre om att formulera frågan själv, men ansåg också att en blankett kunde vara bra som stöd för dem som känner sig osäkra när det gäller att ta upp ämnet.

10 TOLKNING

Nedan kommer forskningsresultaten att tolkas mot tidigare forskningar och även mot den teoretiska referensramen.

10.1 Tolkning mot tidigare forskningar

I de tidigare forskningarna framkom det att många sjukskötare avstår att ställa frågan om våld av många olika orsaker. I de flesta artiklarna togs det upp ett flertal hinder som stod i vägen för vårdpersonal när det gällde att fråga om våld. Hamberger et al. (2004: 2, 10) skriver t.ex. att vårdpersonal avstår att ställa frågan om våld på grund av att de känner en rädsla att förödmjuka patienten, de har inte tillräckligt med kunskap om ämnet och att de är rädda för att kvinnan inte skall följa deras råd. I temaintervjuerna som utförts anser informanterna inte att det finns några egentliga hinder för att inte fråga om våld. Det finns några, men inte alls lika många som de som togs upp i de tidigare forskningarna. Detta upplevs ju som något väldigt positivt och det kanske pekar på att detta ämne är på väg att tappa sin tabustämpel. Om fler vågar fråga om våld så betyder det att fler fall uppdagas och att samhället kan hjälpa fler kvinnor som utsätts för våld.

Ramsay et al. (2002: 325-326) skriver i sin artikel att många kvinnor som blir misshandlade ställer sig positiva till att bli utfrågade om våld i parrelationen av vårdpersonal om de misstänker att allt inte står rätt till med kvinnan. I artikeln nämns även att vårdpersonal inte ställer sig positiva till att fråga om våld.

Detta stämmer inte överens med det material som respondenten arbetat med. Kvinnorna valde att överlag inte berätta för sjukvårdspersonal om de blev utsatta för våld. Det

krävdes ett längre vårdförhållande för att de skulle våga öppna sig för sjukskötaren. Dock verkar vårdpersonalen inte ha några problem med att ställa frågan om våld, de kan inte just nämna några hinder, även om det förstås finns några. De anser att det ligger på deras ansvar som sjukskötare att ta upp denna fråga och finnas som stöd för kvinnan.

I de tidigare forskningarna skrivs det mycket om screening och hur man skall screena patienter för våld och så vidare. Vårdpersonalen ställer sig mer positiva till att screena patienter för misshandel om man på avdelningen där man arbetar har klara riktlinjer för hur man skall bete sig vid denna typ av screening. Det måste även finnas riktlinjer för hur man som vårdare skall bete sig när man skall hjälpa patienten och vilka ingripanden som bör göras. Viktigt är också att broschyrer och affischer som behandlar våld och misshandel finns på arbetsplatsen för alla att se. (Allen et al: 2007: 105-107, 115) Det är positivt att se att de flesta sjukskötare ändå verkar utföra denna åtgärd, även om inga misstankar om våld föreligger. En av informanterna använder sin screeningsblankett rutinmässigt och det är väldigt bra att de redan används idag på rådgivningar i Finland och det märks att utvecklingen inom detta område är på väg åt rätt håll.

Det kommer även fram i en av de tidigare forskningarna att kvinnor som besökte akutvårdsmottagningar fann att vårdpersonalen inte brydde sig om patienten, de var kontrollerande och stressade, fokuserade bara på att behandla patientens fysiska problem och de saknade empati. Kvinnorna kände sig ensamma, rädda, obekväma, arga och frustrerade och var oroliga för sina barn. Vårdpersonalen har en viktig roll då det gäller att ingripa hos patienter som blir utsatta för misshandel. Utöver fysisk behandling skall vårdpersonalen bidra med stöd och hjälp till patienten, de skall lyssna och visa empati och förstå och respektera patientens beslut. (Olive (2007: 1736, 1742, 1745-1746) Det kom fram i undersökningen som utförts att detta även sker ibland i Finland. Det finns vårdpersonal som helt enkelt inte orkar gå in i denna problematik och på så sätt helt enkelt inte bryr sig. Detta är inte okej och innebär att man missköter sin uppgift. Informanterna medgav dock att de var villiga att gå in i detta ämne och fråga patienten om misshandel vid misstanke om detta och de var även villiga att lyssna på patienten. Det märk-

tes även att de hade en förståelse för vilken enormt svår situation de ställer kvinnan inför.

10.2 Tolkning mot den teoretiska referensramen

Tolkningen kommer att utföras mot den teoretiska referensramens senare del som har rubriken ” Den professionella vårdaren”.

Ansvar

Som sjukskötare har man ett ansvar att ge sina patienter en god vård, detta står i ICN:s riktlinjer. Man har ett ansvar att se konsekvenserna av de handlingar som man utför och får stå som ansvarig för allt vad man gör. I undersökningen handlar mycket om sjukskötarens eget ansvar, ansvaret att fråga vid misstanke om våld och ett ansvar att finnas där för kvinnan som stöd. Det som lyser starkast genom hela undersökningen är just ansvaret. Det märks att informanterna i sin yrkesroll tar på sig ett stort ansvar gentemot sina patienter. De känner ett ansvar att lyfta fram frågan och att finnas där som stöd och hjälp för patienten.

Kunskap

Ansvar och kunskap hänger ihop, ju mer kunskap man har desto större växer sig ansvaret. I undersökningen kom det fram att vårdpersonal känner sig osäkra att ta upp frågan om våld med sina patienter om de inte har tillräcklig kunskap om ämnet. Vet man inte som sjukskötare vart man skall hänvisa patienten efter att man frågat dem om de blir

utsatta för våld känns det nog väldigt svårt att ens ta upp frågan. Det som var positivt var dock att de flesta av informanterna tyckte sig fått den kunskap de behövde för att klara av att ta hand om denna patientgrupp och de välkomnade även mer utbildning om detta blev aktuellt.

Empati

I den teoretiska referensramen kan man läsa att man som en empatisk vårdare skall kunna leva sig in i en annan människas situation, även känslomässigt. De informanter som blev intervjuade till detta arbete menar att de är empatiska och vill försöka förstå och hjälpa patienterna till ett bättre liv. Men det kom även fram att det finns vårdpersonal som helt enkelt inte bryr sig, utan bara tar hand om t.ex. patientens skador och inte bryr sig om att gå in i den känslomässiga delen som arbetet även kräver. Detta tolkas av informanterna som någonting negativt och det är inte ett beteende som accepteras. Detta är både skrämmande och positivt på samma gång, det är skrämmande att det förekommer men även positivt att se att informanterna uppmärksammat detta som ett problem och att de själva inte arbetar på detta sätt.

Viljan att hjälpa

Enligt den teoretiska referensramen vill vårdaren hjälpa patienten och göra gott. Vårdaren vill patientens bästa. I undersökningen som gjorts kommer även detta fram. Det märks att vårdpersonalen tänker på patientens bästa och de poängterar att de vill finnas till som ett stöd för patienten och hjälpa patienten. De vill finnas till hands om kvinnan vill prata om sina problem och lyssna till henne.

Respekt

Att vårdaren respekterar patienten innebär att hon eller han inte dömer henne och låter henne ha sina egna känslor och tankar. Som vårdare skall man lyssna till patienten och försöka förstå henne. I undersökningen kommer det bland annat fram att det är viktigt att man är finkänslig när man tar upp frågan om våld, informanterna menar att man inte bara helt plötsligt kan ställa frågan om våld utan man måste ta det lugnt och inte vara för framfusig. Detta kan i värsta fall leda till att kvinnan helt vänder sig emot dem och väljer att inte söka vård hos dem mera. Informanterna insåg att det innebar en stor skam och en rädsla för patienten och att det var ett känsligt ämne, detta i sig visar ju att informanterna respekterar patienten.

Sårbarhet

Alla människor är sårbara och det krävs mod för att våga gå in i en relation med en annan människa. När man öppnar sig för någon annan kan man även bli sårad av denna person. De personer som nämndes innan, de som helt enkelt inte orkar bry sig om att fråga om våld, det är de som är rädda för att bli sårade eller för att komma någon annan människa för nära. Det är inget lätt ämne som de går in i, men man kan inte blunda för det. Att våga ta upp frågan om våld innebär att både vårdaren och patienten blir sårbara, de måste ge av sig själva för att få något tillbaka. Att på ett sådant sätt använda sig själv som ett redskap kräver mycket av vårdaren och det är modigt. De informanter som intervjuats visar att de gärna använder sig själva som detta redskap och att de på det sättet blottar sig för en annan människa för att försöka hjälpa denna. Detta är något som kräver både mod och styrka och det borde uppmuntras och uppskattas.

11 KRITISK GRANSKNING

Att i slutet av sitt examensarbete kunna se på sin egen produkt med kritiska ögon är inte alltid så lätt, men det är något som, om det lyckas, är bra för både respondenten och dem som läser arbetet. När jag började skriva på detta examensarbete tyckte jag att det var roligt och jag var verkligen intresserad av ämnet. Jag hade höga förväntningar på både mig själv och själva ämnet och ville verkligen att detta skulle bli ett bra arbete. Nu såhär i slutet av processen kan man väl kanske säga att mina förväntningar inte riktigt uppnåddes, jag hade önskat ett mer rikligt material att arbeta med i slutet, jag anser själv att intervjuerna blev lite för korta och inte så innehållsrika. Informanterna var inte så insatta i ämnet som jag hade velat, men detta är såklart ingens fel, men det har förstås påverkat resultatet av denna studie. Jag är ändå nöjd med mitt slutresultat och anser att jag har fått svar på mina frågor.

I de tidigare forskningarna har många artiklar från Amerika använts och nu i efterhand kan man kanske tycka att nordiska undersökningar hade passat bättre till denna typ av arbete då det inriktar sig mot det finska samhället. Dock kan man se många likheter mellan den information som kommer fram i de amerikanska artiklarna och det finska samhället. Jag har även använt mig av forskningar från Åland och anser därmed att det väger upp det hela. Det har dock funnits väldigt mycket artiklar om detta ämne och det underlättade verkligen insamlingen av material till den första delen av arbetet.

Den teoretiska referensramen tycker jag täcker det område som jag valt att skriva om. Jag började ta upp lite allmänt om kvinnomisshandel och våldsförhållandets dynamik som stod som grund för en del i själva rubriken på mitt arbete, våldet. Sedan gick jag över till att skriva om den professionella vårdaren. Olika teoretiker har använts för att bygga upp den teoretiska referensramen, bland annat Travelbee.

Att göra temaintervjuer har varit roligt och väldigt givande, men det är otroligt tids- och tålamodskrävande. Det har varit väldigt jobbigt att sammanställa materialet och att analysera det, ibland har jag kört fast och inte trott att jag skall komma någon vart med arbetet. Jag tyckte själv att materialet var svårt att analysera på grund av att informanterna inte kom med så mycket ny information och deras svar var tyvärr mycket korta. Men samtidigt så har det nog gett mig mer att få gå ut och göra mina egna intervjuer än att göra en litteraturstudie. I en sådan tar man bara del av andras redan utförda forskningar och analyserar dem. På det här sättet får jag ju möjlighet att analysera mitt eget material och det känns bra och jag har lärt mig mycket genom att göra det på det här sättet.

Innan jag utförde mina intervjuer fick jag möjlighet att intervjua två testpersoner. En elev som studerar vård och en sjukskötare. Det var väldigt bra att få ställa frågorna i förväg och på så sätt få reda på om den man intervjuade förstod ens frågor, man såg på ett ungefär hur lång intervjuerna kunde tänkas bli och sedan kände man sig säkrare som intervjuare när man väl skulle ut och intervjua på riktigt. Jag känner mig ändå nöjd med mina intervjuer även om de kanske blev lite kortare än vad jag hade tänkt mig och att materialet blev lite tunt. Det var lite svårt att få igång en diskussion med informanterna, vilket en temaintervju handlar om. Jag försökte ställa följdfrågor, men eftersom man är nybörjare har man inte alla redskap som behövs till hands och man blir osäker under intervjuens gång. Om jag hade utfört mer intervjuer förr och känt mig mer säker på det så hade jag förmodligen kunnat få ut mer av mina intervjuer. Jag anser ändå att jag har fått svar på mina frågor och det var ju det som var meningen.

12 DISKUSSION

Våld i parförhållanden väcker mycket känslor hos många och det har varit mycket intressant att få arbeta med just detta ämne. Jag anser att jag fått svar på mina frågor som jag ställde i den inledande fasen av denna process och detta känns bra. Det är positivt att

se att vårdpersonal idag börjar uppmärksamma detta ämne mer och mer och att de känner ett ansvar som professionella vårdare att ta upp detta med patienten om det finns misstankar för det.

Tidigare studier påvisade att vårdpersonal inte vågar gå in i denna problematik, de känner sig för osäkra på ämnet för att våga fråga kvinnan om våld. Det togs även upp många hinder i de tidigare forskningarna som stod i vägen för att vårdpersonalen skulle ta upp frågan om våld. Enligt de informanter som ställt upp i denna undersökning verkar de flesta tycka att det går relativt bra att ställa frågan om våld och de vågar oftast fråga när det finns en starkare misstanke om våld. Några hinder kan de inte direkt se även om några upptäcktes, dessa var dock inte alls lika många som dem som nämnts i de tidigare forskningarna.

I den teoretiska referensramen framkommer att kvinnomisshandel är vanligt och det är något som måste uppmärksammas. Vårdpersonal måste få utbildning inom ämnet våld i parförhållanden för att kunna upptäcka och ta hand om dessa patienter på rätt sätt. Det är viktigt att man som vårdpersonal känner ett ansvar att ta hand om våldsutsatta kvinnor, att man har kunskap om ämnet och att man visar att man är där för att hjälpa kvinnan. Ur materialet kan man tyda att vårdpersonal idag tycker att det går lättare och lättare att ta upp detta ämne och det märks att de verkligen bryr sig om patienternas välfärd. Det är positivt att samhället börjar bli mer och mer öppna för detta ämne så att det inte längre känns lika svårt att ta upp detta med patienter om man misstänker våld.

Resultatet i detta arbete skulle vara viktigt för vårdpersonal att känna till eftersom ämnet våld i parförhållanden börjar bli alltmer vanligt att tala öppet om och förstås för att de skall kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna att komma ur sina osunda förhållanden. Det kom även upp i resultatet att vårdpersonal önskar att man borde ta upp detta ämne mer i arbetsteamet och diskutera det. Detta ansågs vara mer givande än t.ex. en föreläsning i ämnet, även om dessa också förstås ansågs vara till nytta. Det var även roligt att se att screeningsblanketter faktiskt används av vårdpersonal i Finland idag, en av infor-

manterna frågade alla sina patienter om de blev utsatta för våld och det är så det borde vara, alla borde tillfrågas, vare sig det finns en misstanke eller inte.

I detta arbete har jag valt att fokusera på vårdarens ansvar gällande våld i parförhållanden och även vilken typ av tilläggsutbildning som de anser sig behöva för att kunna ta hand om våldsutsatta patienter på ett rätt sätt. Det skulle vara intressant att i framtiden ställa dessa frågor till sådan personal som arbetar med misshandlade kvinnor, t.ex. dem som arbetar på skyddshem för kvinnor och familjer som blivit utsatta för våld. Då skulle materialet med säkerhet bli mer mångsidigt och man skulle få en djupare förståelse för deras arbete. Det skulle även vara intressant att under en längre tid kunna följa vårdpersonal som arbetar med våldsutsatta kvinnor och se, från början till slut, hur hela processen går till. Hur de tar upp ämnet med kvinnan och fortsätter att hålla kontakten med henne och hjälper henne under hela processen från att erkänna att de blivit misshandlade till att sist och slutligen lämna mannen.

Under denna långa resa har jag lärt mig otroligt mycket, både om hur det är att skriva ett examensarbete och sedan har jag även lärt mig mycket om mig själv. Det har varit roligt, svårt, frustrerande, intressant, stressande och lärorikt. Jag har lärt mig mycket om hur man bygger upp ett sådant här arbete och hur man utför temaintervjuer. Jag är ännu inget proffs, men jag tycker ändå att jag har fått en ganska bra inblick i hur denna process fungerar. Jag har även lärt mig att jag faktiskt kan klara av detta, jag trodde nog inte att jag skulle vara så nöjd som jag ändå är med mitt arbete. Det har känts tungt många gånger och man ha velat ge upp, men nu kan jag känna en lättnad över att det är färdigt och det känns helt fantastiskt att jag tagit mig ända in i mål.

KÄLLOR

Allen, Nicole E.; Lehrner, Amy & Mattison, Erica. 2007. Promoting systems change in the health care response to domestic violence. I: Journal of community psychology. Volym 35, nr 1. s. 103- 120

Belknap, Ruth Ann & Sayeed, Pilar. 2002. Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. I: Health Care for Women International, volym 24. s. 723-737. ISSN: 0739-9332

Boyle, Adrian & Jones, Peter B. 2006. The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: a survey in three healthcare settings. I: British Journal of General Practice, volym 56. s. 258-261

Carlsson, Bertil. 1997. Grundläggande forskningsmetodik. För medicin och beteendevetenskap. 2:a upplagan. Stockholm: Liber AB. s. 198. ISBN 91-47-00298-0

Esaiasson, Peter; Gilljam, Mikael; Oscarsson, Henrik & Wängnerud, Lena. 2004. Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad. 2:a upplagan. Norstedts Juridik AB. s. 469 ISBN 91-39-10611-X

Ewalds, Helena. 2005. Vem angår våldet? Kommunens handbok om förebyggande av våld i par- och närrelationer. Social- och hälsovårdsministeriet.

Hamberger, L. Kevin; Guse, Clare; Boerger, Jennifer; Minsky, Debbie, Pape, Deb & Folsom, Christine. 2004. Evaluation of a health care provider training program to iden-

tify and help partner violence victims. I: Journal of family violence. Volym 19, nr 1. s. 1-11

Holmlund, Anne. 2008. Ett säkert liv för alla- Program för den inre säkerheten. Inrikesministeriets publikationer 23/2008. ISBN 978- 952-491-361-4 (pdf)

Hägglund, Anette. 2008. Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland. Nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy program. Göteborg. ISBN 978-91-85721-29-0

Hägglund, Anette; Hallberg, L.R.-M & Möller Anders. 2005. Nurses' attitudes and practices towards abused women. I: Nursing and Health Sciences. Nr 7. s. 235-242.

Hägglund, Anette & Möller, Anders. 2006. On a Life- Saving Mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. I: Qualitative Health Research. Volym 16. Nr 8. s. 1075-1090

ICN. 2007. ICN's etiska kod för sjuksköterskor. [www] Hämtat den 18.3.2009. <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Klap, Ruth; Tang, Lingai; Wells, Kenneth; Starks, Sarah L. & Rodriguez, Michael. 2007. Screening for domestic violence among adult women in the United States. I: Society of General Internal Medicine, volym 22. s. 579-584

Kvale, Steinar. 1997. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-00185-1 s. 306.

Lahti, Minna. 2001. Domesticated violence. The power of the ordinary in everyday Finland. Helsingfors. S. 322. ISBN 952-10-0174-7

Länsstyrelsen i södra Finlands län. 2009. Ingripa eller inte? Myndighetssamarbete mot våld. [www] Hämtat 12.3.2009.
<http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/bulletin.nsf/vwSearchView/8ECCE229B1064B92C22572B3002351EF>

NCK. 2009. Om våld mot kvinnor. [www] Hämtat 18.3.2009.
<http://www.nck.uu.se/node6>

Olive, Philippa. 2007. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. I: Journal of clinical nursing. Nr 16. s. 1736-1748

Owen- Smith, Ashli; Hathaway, Jeanne; Roche, Maria; Gioella, Marie Elena; Whall-Strojwas, Denise & Silverman, Jay. 2008. Screening for domestic violence in an oncology clinic: Barriers and potential solutions. I: Oncology nursing forum. Volym 25, nr 4. s. 625-633

Patel, Runa & Tebelius, Ulla. 1987. Grundbok i forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur. S. 184. ISBN 91-44-24851-2

Perttu, Sirkka; Mononen-Mikkilä, Päivi; Rauhala, Riikka & Särkkälä, Päivi. 1999. Ta steget till nya möjligheter. Handbok för kvinnor som blivit utsatta för våld. Helsingfors.

Ramsay, Jean; Richardson, Jo; Carter, Yvonne H.; Davidson, Leslie L. & Feder, Gene. 2002. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. I: BMJ.

Rhodes, Karin V.; Frankel, Richard M.; Levintal, Naomi; Prenoveau, Elizabeth; Bailey, Jeannine & Levinson, Wendy. 2007. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider- patient communication about domestic violence. I: Annals of Internal Medicine. Volym 147, nr 9. s. 620-628

Sarvimäki, Anneli & Stenbock- Hult, Bettina. 1991. Vård. Ett uttryck för omsorg. Kristi anstand: Almqvist & Wiksell Förlag AB. s. 150. ISBN 91-21-11732-2

Sarvimäki, Anneli & Stenbock- Hult, Bettina. 2008. Omvårdnadens etik. Liber AB: Stockholm. S. 187. ISBN 978-91-47-08430-2

Social- och hälsovårdsministeriet. 2008. Identifiera, trygga och agera. Rekommendationer om förebyggande av våld i nära relationer och inom familjen. Social- och hälsovårdsministeriet. Finlands kommunförbund.

Stuart & Sundeen. 1995. Principles & Practice of psychiatric nursing. 5:e upplagan. s. 1021. ISBN 0-8016-7878-1

Sykepleiernes Samarbeid I Norden. 2003. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. I: Vård i Norden, volym 23, nr. 4. ISSN 0107-4083

Tower, Leslie E. 2006. Barriers in screening women for domestic violence: A survey of social- workers, family practitioners, and obstetrician- gynecologists. I: Journal of family violence, volym 21. s. 245-257

Travlebee, Joyce. 1969. Intervention in psychiatric nursing. Process in the one-to-one relationship. Philadelphia. 280 s. ISBN-0-8036-8610-2

Walker, Lenore E. A. 2000. The battered woman syndrome. 2:a upplagan. New York: Springer Publishing Company. S.338. ISBN 0-8261-4322-9

Wenzel, John D.; Monson, Carol L. & Johnson, Shirley M. 2004. Domestic violence: Prevalence and detection in a family medicine residency clinic. I: JAOA. Volym 104, nr 6. s.233-239

WHO. 2008. Violence against women. [www] Hämtat den 18.3.2009.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>

Williamson, Kelli J.; Coonrod, Dean V.; Bay, R. Curtis; Brady, M. Jane; Partap, Anu & Lone Wolf, Wauneta. 2004. Screening for domestic violence: Practice patterns, knowledge, and attitudes of physicians in Arizona. I: Southern Medical Journal. Volym 97, nr 11. s. 1049- 1054.

BILAGOR

Bilaga 1. Tidigare forskningar

DATA	SYFTE	METOD & INFORMANTER	RESULTAT
<p><i>Titel:</i> Should health professionals screen women for domestic violence?</p> <p><i>Författare:</i> Ramsay, Jean; Richardson, Jo; Carter, Yvonne H.; Davidson, Leslie L. & Feder, Gene. 2002</p>	<p>Syftet med studien var att få fram fakta som pekade på att screening om våld i parrelationer bland kvinnor på olika hälsoinstanser blir mer accepterat och effektiviserat.</p>	<p>Litteraturstudie. Databaser som Medline, Embase och CINAHL användes. 20 artiklar valdes ut och analyserades.</p>	<p>Screening för våld i parrelationer var accepterat från patienternas sida. Hälsovårdspersonalen ställde sig negativa till undersökningen.</p> <p>Mer kunskap behövs för att osäkerheten bland vårdpersonalen skall minska.</p>
<p><i>Titel:</i> Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask.</p> <p><i>Författare:</i> Belknap, Ruth Ann & Sayeed, Pilar. 2002</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka tankar och känslor som väcktes hos Mexikansk- Amerikanska kvinnor när de blev tillfrågade om misshandel av vårdpersonal.</p>	<p>Sju kvinnor ställde upp på djupgående intervjuer.</p>	<p>Kvinnorna kunde öppna sig för läkaren om han tog sig tid för henne, var empatisk och verkligen lyssnade till henne. Läkarens sätt att vara var viktigt för dem.</p>
<p><i>Titel:</i> "Domestic violence: Prevalence and detection in a</p>	<p>Läkarstuderande på en klinik i USA fick till</p>	<p>Enkätundersökning. Fem läkarestuderan-</p>	<p>1 av fem läkarstuderande screenade ru- 80</p>

<p>Family Medicine Residency Clinic”</p> <p><i>Författare:</i></p> <p>Wenzel, John D.; Monson, Carol L. & Johnson, Shirley M. 2004</p>	<p>uppgift att undersöka hur många patienter som utsätts för våld i hemmet. Detta ingick i ett utbildningsprogram inom akutvård.</p>	<p>de deltog och 188 patienter undersöktes.</p>	<p>tinmässigt patienterna.</p> <p>I studien framkom att patienterna ställer sig positiva till screening.</p> <p>Obehag och tidsbrist är en orsak till varför screening inte blir utförd.</p>
<p><i>Titel:</i> Evaluation of a health care provider training program to identify and help partner violence victims</p> <p><i>Författare:</i> Hamberger, L. Kevin; Guse, Clare; Boerger, Jennifer; Minsky, Debbie, Pape, Deb & Folsom, Christine. 2004</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på hur ett träningsprogram för vårdpersonal skulle hjälpa dem att screena och hjälpa våldsoffer. Detta gjordes utifrån fyra olika hypoteser.</p>	<p>752 vårdare deltog i denna studie. De var av olika ålder, hade olika mycket erfarenhet och hade olika yrken. Instrumentet som användes för att mäta själv effektivitet hos vårdarna och attityder kring screening kallades ”Health care provider survey on intimate partner violence”</p>	<p>Utbildning inom ämnet våld i parrelationer gör det lättare för vårdarna att upptäcka och hjälpa våldsoffer.</p> <p>Läkare med utbildning screenade fler våldsoffer än de utan.</p> <p>I studien framkom även att olika avdelningar har olika utbildningsbehov</p>
<p><i>Titel:</i> Screening for domestic violence:</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på attityder</p>	<p>En tvärsnittsstudie utfördes, 2 244 läka-</p>	<p>Läkare som arbetade på akutmottagningar,</p>

<p>Practice patterns, knowledge, and attitudes of physicians in Arizona</p> <p><i>Författare:</i> Williamson, Kelli J.; Coonrod, Dean V.; Bay, R. Curtis; Brady, M. Jane; Partap, Anu & Lone Wolf, Wau-neta. 2004</p>	<p>och beteenden angående våld i parrelationer hos läkare i Arizona.</p>	<p>re i Arizona som arbetade inom 13 olika medicinska specialiteter fick fylla i ett frågeformulär. 976 frågeformulär blev besvarade.</p>	<p>inom psykiatri, gynekologi och familjekliniker hade mest kunskap om våld i parrelationer. Medan de läkare som arbetade inom fysiologisk medicin/rehabilitering, anestesiology, kirurgi, inre medicin och ortopedi hade få kunskaper om ämnet. Läkarna utförde inte screening ofta, kunde bero tidsbrist eller också obehagskänsla inför screeningen.</p>
<p><i>Titel:</i> Screening for domestic violence among adult women in the Unites States</p> <p><i>Författare:</i> Klap, Ruth; Tang, Lingai; Wells, Kenneth; Starks, Sarah L. & Rodriguez, Michael. 2006</p>	<p>Syftet med studien var att få fram statistiska uppgifter om hur ofta kvinnor blir undersökta gällande våld i hemmet.</p>	<p>Intervjuer med patienter. Analysen baserade sig på 4821 kvinnors svar och anses representera de vuxna kvinnorna i USA.</p>	<p>Få kvinnor blev tillfrågade om våld i parförhållandet. Vårdare känner obehag inför ämnet.</p> <p>Unga, ogifta, sambos, patienter med kroniska mentala problem, drogproblem, de som nyss avslutat ett förhållande eller de som hade barn rapporterade mest våld i parförhåll-</p>

			<p>landet.</p> <p>Det är viktigt att undersöka om patienter blir utsatta för våld i hemmet på hälsocentraler eftersom det är där patienten söker hjälp.</p>
<p><i>Titel:</i> Barriers in screening women for domestic violence: A survey of social workers, family practitioners, and obstetrician-gynecologists.</p> <p><i>Författare:</i> Tower, Leslie E. 2004</p>	<p>Det är många faktorer som hindrar vårdpersonal från att screena våldsoffer. I denna studie fokuserar man på sambandet mellan dessa hinder och screeningbeteendet av läkare och socialarbetare.</p>	<p>Vårdpersonal fick svara på ett formulär, 1773 personer som arbetade inom vården hade möjlighet att svara, 432 svarade och 44 användes i undersökningen.</p>	<p>Om vårdpersonal får utbildning inom området våld i parrelationer finns färre hinder till att screena patienter, detta ledde till att fler patienter blev screenade och till att fler våldsutsatta patienter blev identifierade.</p>
<p><i>Titel:</i> The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: a survey in three health-care settings</p> <p><i>Författare:</i> Boyle, Adrian & Jones, Peter B. 2006</p>	<p>Undersökningen syftade till att redogöra för kännetecknen för de kvinnor som anser att screening för våldsoffer är oacceptabelt.</p>	<p>En tvärsnitts studie, Enkätformulär besvarade av kvinnor, de fick vara totalt anonyma. 1452 blanketter besvarades.</p>	<p>Rutinmässig screening av kvinnor angående våld i parrelationer är accepterat för de flesta kvinnor. De kvinnor som inte var så positiva till screening hade ofta blivit utsatta för våld inom det närmaste året.</p>

<p><i>Titel:</i> Promoting systems change in the health care response to domestic violence</p> <p><i>Författare:</i> Allen, Nicole E.; Lehrner, Amy & Mattison, Erica. 2007</p>	<p>I denna studie undersöktes hur miljön inom organisationen var kopplad till utövandet av screening och förverkligandet av detta.</p>	<p>12 olika organisationer deltog i studien. 269 vårdare fyllde i en enkät, 209 blev besvarade. Vårdarna arbetade på olika ställen och hade olika yrken såsom sjukskötare, läkare, socialarbetare, psykologer osv.</p>	<p>Om organisationen som vårdaren arbetar på ställer sig mer positiv till screening, då leder detta till att personalen också ser detta som någonting positivt. Vårdare utförde också hellre screening om det fanns klara skriftliga anvisningar för hur detta skall gå till.</p>
<p><i>Titel:</i> "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider-Patient communication about domestic violence</p> <p><i>Författare:</i> Rhodes, Karin V.; Frankel, Richard M.; Levintal, Naomi; Prenoveau, Elizabeth; Bailey, Jeannine & Levinson, Wendy. 2007</p>	<p>Syftet var att beskriva kommunikationen om våld i parrelationer mellan akutvårdspersonal och kvinnliga patienter.</p>	<p>Analysering av ljudband som innehöll diskussioner mellan vårdare och patient. 1281 patienter deltog i studien och 80 vårdare. 871 band, inklusive 293 där vårdaren frågade om våld i parrelationen, analyserades.</p>	<p>Vårdarna frågar ofta patienten om våld på ett oengagerat sätt och detta är inte idealt. Eftersom många som blir utsatta för våld ofta söker sig till akutvårdsmottagningar är det viktigt att vårdpersonalen vet hur de skall bete sig då de screenar patienten för våld.</p>
<p><i>Titel:</i> Care for emergency department patients who have experi-</p>	<p>Syftet är att kritiskt granska all tillgänglig information om akut-</p>	<p>Litteraturstudie. 18 forskningar användes</p>	<p>Vårdpersonal skall bidra med fysiskt, psykiskt och känslö-</p>

<p>enced domestic violence: a review of the evidence base</p> <p><i>Författare:</i> Olive, Philippa. 2007</p>	<p>vårdmottagningarnas vård av patienter som upplevt våld i hemmet.</p>		<p>mässigt stöd, skydda patient och deras familj och främja själv-effektivitet. Screening måste ske rutinmässig annars är risken att man inte upptäcker våldsutsatta patienter.</p>
<p><i>Titel:</i> Screening for domestic violence in an oncology clinic: Barriers and potential solutions.</p> <p><i>Författare:</i> Owen- Smith, Ashli; Hathaway, Jeanne; Roche, Maria; Gioella, Marie Elena; Whall-Strojwas, Denise & Silverman, Jay. 2008</p>	<p>Syftet med studien var att förbättra servicen för patienter som upplever våld i parrelationen. Hinder för screening och potentiella lösningar redogjordes för genom att undersöka vårdpersonalen på kliniken som utförde screeningen.</p>	<p>204 patientjournaler utvaldes till analys.</p> <p>Sjukskötarna som arbetade på den gynekologiska cancerkliniken fick svara på en del frågor angående screening av våld i parrelationer per e-mail.</p>	<p>Det finns många hinder till varför vårdpersonal väljer att inte screena patienter för våld i parrelationen. Detta är bland annat att det glöms bort, tidsbrist och okunskap. Mycket kan göras för att förbättra denna situation, som att t.ex. erbjuda vårdpersonalen utbildning och att påminna dem om att screena patienter.</p>
<p><i>Titel:</i> Nurses' attitudes and practices towards abused women</p> <p><i>Författare:</i> Hägglom, Anette; Hallberg, L.R.- M & Möller, An-</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på vilka attityder sjukskötare på Åland har gentemot misshandlade kvinnor och hur de tar hand om dessa patienter.</p>	<p>Enkätformulär delades ut till 234 sjukskötare på Åland. 96 % var kvinnor mellan 24-64 år. 57 % svarade på enkäterna.</p>	<p>Många sjukskötare frågade kvinnor om misshandel vid misstanke om detta. Orsaker till varför sjukskötare inte valde att fråga patienter även om de</p>

ders.			<p>misstänkte misshandel var respekten för kvinnan integritet, svårigheter att formulera frågan, oerfarenhet inom ämnet våld i parrelationer och svårigheter att veta hur man frågar om detta, rädsla för vad kvinnan skulle svara, ingen tid och för att de ansåg att det var ett irrelevant ämne. Det framkommer att mer utbildning inom våld i parrelationer behövs.</p>
<p><i>Titel: On a Life- Saving Mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse</i></p> <p><i>Författare: Häggblom, Anette & Möller, Anders.</i></p>	<p>Studiens syfte var att ta reda på hur sjukskötarna tog hand om misshandlade patienter och hur de kände inför detta ämne.</p>	<p>Tio sjukskötare som arbetar inom Ålands hälsovård intervjuades.</p>	<p>I denna artikel framkom att sjukskötarna kände ett stort engagemang när det gällde att ta hand om våldsutsatta kvinnor. De intervjuade sjukskötarna ansåg att en beslutsam och professionell sjukskötare borde vara flexibel, ärlig, empatisk, skicklig, stödjande, påhittig och fungera som en länk mellan andra vårdgivare. Näs-</p>

			tan inga av dem som deltog i studien hade grundutbildning gällande våld i parrelationer.
--	--	--	--

Bilaga 2. Temaguiden

TEMAGUIDEN

- **Hur ser du på ditt ansvar som sjukskötare när det gäller att ta hand om våldsutsatta kvinnor?**
 - Känner du att det ligger på ditt ansvar att fråga om våld?
 - Varför/ Varför inte?
- **Brukar du ha som vana att fråga kvinnliga patienter om de utsätts för våld vid misstanke om detta? Hur går denna situation till?**
 - Om du varit med i denna situation, är mannen ofta med? Vågar du skicka ut honom ur rummet om han är med?
 - Hur reagerar kvinnan då du frågar om våld? Är kvinnorna villiga att berätta?
- **Ser du att det finns hinder för att inte fråga om våld av misstänkta våldsoffer?**
 - Vilka är de i så fall?
- **Vilken sorts tilläggsutbildning anser du dig behöva för att kunna bemöta och vårda en misshandlad kvinna på rätt sätt?**
 - Har du fått någon utbildning inom detta område när du gick sjukskötarutbildningen?

- Har det ordnats några kurser om våld på din nuvarande arbetsplats?
- Finns det någon blankett/schema som kan användas vid möte med våldsutsatta kvinnor där det står hur och vad man skall fråga kvinnan o.s.v.? Använder du sådana? Skulle du ha nytta av en sådan?

Bilaga 3. Informerat samtycke

Våld i parförhållanden – ett delprojekt inom projektet Sårbarhet som styrka och svaghet inom det mentala området

Projektledare:

Bettina Stenbock-Hult, överlärare, Yrkeshögskolan Arcada, Helsingfors

Samarbetspartner:

Helena Ewalds, utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors

Syftet med projektet är att fördjupa förståelsen av vårdrelationen till kvinnor som lever i ett våldsamt parförhållande. Projektet genomförs i form av intervjuer med personer som arbetar inom vården. I detta skede intervjuas fyra personer. Intervjuerna genomförs av sjukskötarstuderandena Elisabet Roos och Alina Hägglund.

Intervjuerna bandas och skrivs ut ordagrant. De intervjuades namn nämns inte på banden och antecknas inte heller på de utskrivna intervjuerna. Endast projektgruppens medlemmar har tillgång till banden och de utskrivna intervjuerna. Publiceringen görs så att de intervjuade inte kan kännas igen. Banden förvaras i ett låst skåp på Arcada och raderas när projektet är slutfört. Projektet skall resultera i två examensarbeten.

Deltagandet är frivilligt och Ni kan när som helst ångra Er eller avbryta utan att behöva uppge någon orsak.

Jag har fått tillräcklig information om projektet, förstått informationen och medverkar frivilligt.

Ort och datum: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ifall Ni har frågor om projektet kan Ni vända Er till Bettina Stenbock-Hult, Arcada, tel. 207699626, e-post bettina.stenbock-hult@arcada.fi.

Bilaga 4. Sjukskötarens uppgifter och skyldigheter

Meningsenhet	Underkategori	Överkategori
<p>så visst hör det till mitt ansvar att fråga...</p> <p>jag tycker nog att jag jo..har det ansvaret ja</p> <p>”jag tycker utan vidare att det är vars och ens ansvar i alla vårdssituationer, är man sen på barnrådgivning eller på en poliklinik eller, eller, eller på en mentalvårdsenhet så är det allas ansvar.”</p> <p>”om jag får in en patient, en kvinna då, som som väcker på något sätt hos mig att...att de här ha inte allting gått rätt till... så visst hör det till mitt ansvar att fråga...”</p> <p>”mm, det kan, det kan vara en sådan här situation att ett barn är jättemissnöjt och skrikigt till exempel och mamma, mamma är jättetrött och mamma är deprimerad, det...situation och där där kan jag fråga, där kan man fråga att att hur har ni det hemma, får du hjälp och stöd av din din sambo, man, och det där att man leder in det liksom man leder in det via någonting, leder in diskussionen på ett ämne och sedan</p>	<p>Ansvar att fråga</p>	

<p>frågar man bara rakt ut att att det där att är han snäll med dig”</p> <p>”att det jag liksom starkt då misstänker att det är så så så..så..berättar jag åt den som det berör vad jag misstänker... och förklarar varför jag gör det... och om de ligger någon grund i varför jag misstänker det...”</p> <p>”man ska ju vara finkänslig att inte man beskyller heller...och sen är det, sen är det ju så så tokigt och med det där att att..man är ju glad att dom söker hjälp...vi finns ju till för patienten... men går man på vet du....med en gång att man anser att dom har blivit...trakasserade med våld... så kan det vara dom tänker att hit vågar man inte komma mera... för det är ju en stor skam och en rädsla... för kvinnan det här, den här grejen...så att det är lite..där är också lite känsligt”</p> <p>”men man måste ju också tänka på det där att att hur jag frågar för att även skydda patienten”</p>		<p>SJUKSKÖTARENS UPPGIFTER OCH SKYLDIGHETER</p>
<p>”nå jag tycker att...man måste ju få försöka ge det stöd dom behöver men att...besluta hur mycket hjälp personen i fråga...är nog ganska långt upp till kvinnan själv...men att åtminstone signa-</p>	<p>Ansvar att finnas som stöd</p>	

<p>lera att vi finns och att att... ibland bli det ju det där att man kanske kontaktar senare på nytt”</p> <p>”sen kommer vi ju ihåg att sen finns det ju dom här kvinnorna som verkligen helt övertygande om..vet du hur det har hänt den här grejen... som har ingen- ting...dels... så har ju dom här ingenting med våld att göra över- huvudtaget... utan dom..vet du...vet du dom har fallit och det”</p>		
--	--	--

Bilaga 5. Brister i mötet med en våldsutsatt kvinna

Meningsenhet	Underkategori	Överkategori
<p>”inte kan man säga att man alltid vågar... för ibland så blir man ju tveksam på sig själv...”</p> <p>”för många sen känns det ju säkert jobbigt redan att komma in på det här och att fråga”</p>	Rädsla och osäkerhet inför kon- fronterandet	
<p>”nog är det ju ett hinder då det är ju att att att man bara inte..liksom..ids bry sig”</p> <p>”vet du att jag har...trots allt så ha jag ju ansvaret att sköta bara om patienten och sen där slutar min grej vet du... jag sköter det här</p>	Bristande empati	

som den kommer för(skadorna)”		BRISTER I MÖTET MED EN VÅLDSUT- SATT KVINNA
<p>”inte...tycker jag att de egentligen finns...det som det enda som skulle kunna finnas att det finns någon risk att den här kvinnan blir utsatt för mera våld...om man blandar sig i så att säga...om man ser det som ett hinder vet du”</p> <p>”Visst finns det hinder till exempel i situationer där man vet att att mannen kan vara våldsam så går ju min min hälsa och min säkerhet går ju nog i alla fall först att då då är man ju tvungen att att fundera på andra åtgärder då till exempel via barnskyddet eller så då, men att att jo den egna hälsan går nog först.”</p>	Risk för mer våld	
<p>”i synnerhet liksom kanske här på akuten vet du när dom bara kommer in..och endera så läggs dom in då eller så skickas dom hem då tillbaka..att vårdrelationen är så kort... att det är svårt att få...den där tilliten på en så kort stund”</p> <p>”som jag sa så ibland mm ofta får man nog svar på det, i någon form, dom ger nog svar...men det kräver ju kanske att man har ett lite längre vårdförhållande...man</p>	Brister i tillit	

<p>har känt varandra i en liten tid och man har bildat sig en uppfattning om familjen och så här så sen när man är tillräckligt trött och slut så då tycker jag nog att dom brukar berätta det.”</p>		
--	--	--

Bilaga 6. Kunskap och färdigheter

Meningsenhet	Underkategori	Överkategori
”nej men det pratades nog ingenting om det här i början av nittio-talet...då pratade man nog ingenting om om om våld då var det nog rosenrött allt på rådgivningen”	Tidigare kunskaper	
<p>”men det är ju alltid sen det också att som jag tycker att det är viktigt att man kommer ihåg att.. när man ställer den där frågan så ska du också vara beredd kunna sen på något sätt erbjuda hjälp...till det här problemet...och då är frågan att vad har du för hjälp att erbjuda”</p> <p>”och visst har vi interna skolningar också...här som ordnas i sjukhuset.. och då är det liksom för oss förstås och för socialbyrån och... och för vilka instanser liksom som... poliser och... det har det gjort(syftar på att föreläsningarna inom ämnet har ökat)...och</p>	Tilläggsutbildning	
		KUNSKAP OCH FÄRDIGHETER

<p>att jag tycker att folkhälsan är ju dom som..som mest jobbar med det här du vet den här vård...kedjan”</p> <p>”jag vet nu inte om man kanske behöver någon utbildning eller...kurser eller någonting sånt..men redan att vi tar upp det här liksom... tar fram det som ett problem som finns... faktiskt och man kanske ...skulle vara lite mera.. på alerten för det”</p>		
---	--	--